N° 47

DE LA

# RÉUNION

## IMMÉDIATE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 2 AOUT 1884

PAR


**EUGÈNE PECH**

Né à Castres (Tarn)

Aide de médecine opératoire (Concours 1881)
Elève du Service de santé militaire


POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE


MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
HAMELIN FRÈRES

1884

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✲ ✲..... Doyen
COMBAL ✲..... } Assesseurs
GRASSET..... .....}

## PROFESSEURS :

| | |
|---|---|
| Pathologie externe..... | MM. BOYER ✲. |
| Accouchements ..... | DUMAS ✲. |
| Clinique médicale ..... | DUPRÉ ✲ C. ✲. |
| Anatomie ..... | BENOIT ✲ ✲. |
| Clinique médicale ..... | COMBAL ✲ ✲. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.. | CAVALIER ✲. |
| Physique médicale ..... | MOITESSIER ✲. |
| Anatomie pathologique et histologie .... | ESTOR. |
| Médecine légale et toxicologie..... | JAUMES. |
| Clinique chirurgicale ..... | DUBRUEIL ✲. |
| Chimie médicale et pharmacie..... | ENGEL. |
| Hygiène ..... | BERTIN-SANS. |
| Pathologie interne ..... ..... | CASTAN. |
| Thérapeutique et matière médicale..... | GRASSET. |
| Botanique et histoire naturelle médicale. | PLANCHON ✲✲. |
| Physiologie (chargé du cours)..... | LANNEGRACE. |
| Clinique chirurgicale..... | N. |
| Opérations et appareils..... ..... | N. |

MARTINS (O.✲), FONSSAGRIVES (O.✲), COURTY (✲), Professeurs honor.

## CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

| | |
|---|---|
| Clinique des maladies des enfants ..... | MM. BATLLE. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | GAYRAUD. |
| Clinique des maladies des vieillards..... | HAMELIN. |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | | |
|---|---|---|
| MM. JACQUEMET | MM. CHALOT | MM. DUMAS fils |
| DE GIRARD | BIMAR | BLAISE |
| SERRE | LANNEGRACE | BAUMEL |
| ROUSTAN | MOSSÉ | VILLE |
| CARRIEU | REGIMBEAU ✲ | GRANEL |
| MAIRET | TÉDENAT | |

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. JAUMES, *président ;*
TÉDENAT, agrégé ;
ROUSTAN, agrégé ;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

EUGÈNE PECH.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0063

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR JAUMES

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOYER

A MON MAITRE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TÉDENAT

EUGÈNE PECH.

A MES MAITRES

A MES AMIS

EUGÈNE PECH.

# INTRODUCTION

Les divers succès de réunion immédiate que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Éloi, et notamment le cas très-remarquable que nous rapportons à l'observation XXVIII, nous ont conduit à choisir cette question comme sujet de notre thèse inaugurale.

Après avoir exposé l'histoire, la description et les doctrines, nous réfutons, dans le troisième chapitre, les principales objections qui ont été faites à la réunion immédiate, dont nous montrons ensuite les avantages. Nous développons plus longuement, dans le quatrième chapitre, les conditions de son succès et les moyens de l'obtenir. Enfin, dans le dernier, nous rapportons les observations cliniques. Afin qu'on ne puisse pas accuser celles-ci d'être des observations de choix, nous avons réuni dans ce chapitre tous les cas de plaie, sauf les résections, traités à la clinique chirurgicale, du 1$^{er}$ mars au 1$^{er}$ juillet, dans le service de M. le professeur agrégé Tédenat, quels qu'aient été le mode de pansement et les résultats obtenus.

Dans le cours de nos études, nous avons eu souvent recours à la bienveillance que M. le professeur agrégé Tédenat nous a toujours témoignée. Qu'il nous laisse donc lui adresser publiquement nos

sincères remerciements et l'expression de notre plus profonde reconnaissance, aujourd'hui surtout qu'il nous permet d'emprunter à sa brillante pratique chirurgicale les bases d'un travail que nous n'aurions pas osé entreprendre sans ses conseils.

DE LA

# RÉUNION

## IMMÉDIATE

---

### CHAPITRE PREMIER

#### HISTOIRE DE LA RÉUNION IMMÉDIATE

Nous diviserons l'histoire de la réunion immédiate en trois périodes : ancienne, moderne et contemporaine.

**Période ancienne.**—La réunion immédiate n'est employée que dans les plaies accidentelles. — Ce mode de cicatrisation paraît avoir été connu et usité de tout temps. Il a été indiqué par Hippocrate, ainsi que l'ont affirmé Sédillot et Sanson, et, plus récemment, M. le docteur Bousquet, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Celse en trace les règles avec précision, rapproche par la suture les bords de la plaie bien nettoyée, et recommande même, s'il faut en croire M. le professeur L. Boyer, la réunion et la ligature pour les plaies d'amputation. Il est cependant difficile d'accepter cette dernière opinion; car, s'il est vrai que la ligature des vaisseaux a été connue bien avant Celse, et que l'honneur de sa découverte revienne à l'école d'Alexandrie, comme le dit Vedrennes, tout en admettant que le chirurgien romain l'ait souvent conseillée, il paraît certain qu'elle a été

rarement mise en pratique et recommandée seulement pour les plaies accidentelles. Les plaies d'opération n'étaient point des plaies simples pour les anciens; ils les remplissaient de charpie et d'éponges pour arrêter l'hémorrhagie, les cautérisaient au fer rouge, si ces premiers moyens étaient insuffisants, et considéraient enfin l'extrémité de l'os touché par la scie comme un corps destiné à l'élimination. Comment concevoir avec cela qu'ils aient voulu réunir leurs plaies d'amputation ?

Les préceptes de Celse sont à peu près reproduits par Archigène. Galien discute le mode qu'emploie la nature pour la guérison des plaies, distingue parfaitement la réunion médiate de la réunion immédiate, qu'il adopte, et, de préférence aux sutures, il emploie le bandage unissant, mais seulement dans les plaies légères; tandis qu'Oribase, au IV^e^ siècle, le conseillera même pour les plus étendues.

Avec les Arabes, la question était restée à peu près stationnaire, lorsqu'un de leurs disciples, Guy de Chauliac, lui donna un nouvel essor, avec son remarquable *Traité de chirurgie,* où il exposa avec beaucoup de précision les moyens d'obtenir la réunion immédiate, et décrivit longuement les pansements, les bandages et les sutures. Cent ans après environ (1442), un empirique sicilien, du nom de Branca, créait la célèbre méthode autoplastique, dite *méthode italienne.*

**Période moderne.** — LA RÉUNION IMMÉDIATE EST APPLIQUÉE AUX PLAIES D'OPÉRATION.—Avec le XVI^e^ siècle, une ère nouvelle commence pour la chirurgie. Après avoir supprimé (1536), on sait à la suite de quelles circonstances, la méthode barbare de répandre de l'huile bouillante sur les plaies par armes à feu, Ambroise Paré rejette l'emploi du fer rouge, enseigne à lier les vaisseaux béants dans une plaie d'amputation, et dote ainsi la chirurgie du moyen hémostatique qui seul pouvait permettre la recherche de la réunion immédiate dans les grandes plaies. Malheureusement ces préceptes nouveaux n'eurent pas tout d'abord de grandes conséquences. Elevés dans les idées des anciens, les chirurgiens acceptaient encore la théorie de l'exfoliation des extrémités osseuses touchées par la scie, et A. Paré ne conseilla la

réunion des plaies que dans une petite étendue, afin de permettre l'issue facile des parties à éliminer.

Les premiers essais de réunion immédiate dans une plaie d'amputation sont faits en Angleterre : l'histoire de la première tentative se trouve dans un ouvrage anglais, publié en 1679 par Young James, qui attribue à Lowdham, d'Oxford, le mérite de cette innovation. En 1696, Verduin, célèbre chirurgien d'Amsterdam, fait connaître un nouveau cas d'amputation avec réunion et le procédé qu'il a employé. Celui-ci consiste à tailler un lambeau postérieur, qu'il applique sur l'embouchure des vaisseaux pour arrêter l'hémorrhagie, et à ne faire ni ligatures, ni sutures.

Enfin Garengeot, le premier en France, applique la réunion immédiate pour un cas d'amputation. Après s'être servi tout d'abord du procédé de Verduin, il remarque que l'hémorrhagie vient souvent troubler la guérison, et le modifie en y ajoutant des ligatures, dont il conduit au dehors les fils, enveloppés dans un linge cératé pour en faciliter l'extraction.

Mais la méthode nouvelle rencontre des résistances puissantes, soulève contre elle des adversaires acharnés et doit soutenir en France, comme en Angleterre, une grande lutte que nous allons suivre séparément dans chacun de ces pays.

*Angleterre.* — O'Halloran, en 1765, attaque la réunion immédiate « avec une ignorance et une grossièreté impardonnables », dit John Bell. Bromfield, bien qu'il ait le mérite d'avoir démontré, le premier, qu'on doit isoler des parties voisines le vaisseau qu'on veut lier ; bien qu'il adopte, comme White et d'autres, le procédé à lambeau, se prononce avec eux contre la réunion immédiate.

Sharp et Cheselden la défendent; mais, de tous les chirurgiens de l'époque, Alanson est certainement celui qui a le plus contribué à la propager. Tandis que ses contemporains comprennent encore dans la ligature le vaisseau et les parties molles qui l'entourent, Allanson emploie la méthode de Bromfield : au lieu de tamponner la plaie avec la

charpie, il la réunit par un bandage circulaire, sans interposition de corps étrangers, et généralise enfin la méthode à l'ablation des tumeurs. C'est alors qu'apparaissent, pour continuer une œuvre si bien commencée, John Hunter et John Bell. Le premier fait une étude complète de la réunion immédiate, en montre les indications et essaye d'en pénétrer le mécanisme. J. Bell, dans son *Traité des plaies*, en apprécie les avantages et rappelle toutes les connaissances que l'on avait alors sur ce sujet.

Pendant ce temps, la doctrine se répand en Allemagne (Langenbeck) et en Italie, où des chirurgiens nombreux, à Florence, à Pise, à Pavie, à Bologne, la défendent avec une conviction profonde. Les dominant tous par son enthousiasme, Assalini veut que toutes les plaies et blessures des parties molles par instrument tranchant soient réunies par première intention.

*France.* — Condamnées par l'Académie de chirurgie, les théories de Garengeot étaient tombées dans un injuste oubli, d'où elles seraient certainement sorties plus tôt, si les graves événements politiques qui absorbaient alors tous les esprits n'avaient maintenu les Français dans l'ignorance des progrès que l'Angleterre venait d'accomplir.

Quelques chirurgiens militaires appliquaient bien encore quelquefois la réunion immédiate, mais ces faits isolés restaient inconnus ou impuissants à faire revivre la nouvelle méthode, et il fallut que Desault, un des plus illustres chirurgiens de l'époque, la soutînt et la préconisât de tous ses efforts, pour que l'attention générale fût rappelée de nouveau sur cette grande question du traitement des plaies.

Une fois l'élan ainsi donné, on connut bientôt la pratique des chirurgiens d'Angleterre, et Percy, après l'affaire de Newburg, ayant à pratiquer 92 amputations, les traita toutes par la réunion immédiate et obtint un des plus beaux succès qui ait été signalé : il ne perdit que 6 de ses opérés.

Et cependant la cause n'était pas encore gagnée. Pelletan, en 1810, recommence la campagne. Après en avoir comparé les avantages et

les inconvénients, il se prononce contre la méthode nouvelle, par laquelle, dit-il, il avait été primitivement séduit. Le plus illustre des maîtres de la chirurgie militaire à cette époque, J.-D. Larrey, dirige à son tour ses critiques contre elle, et déclare qu' « il serait dangereux de réunir immédiatement la plaie du moignon. » Enfin, quelques années plus tard, Dupuytren, le plus grand chirurgien du siècle, attaque ce mode de pansement et le refuse catégoriquement dans les amputations pratiquées pour des lésions organiques, tout en reconnaissant qu'il peut rendre des services après les amputations faites pour une lésion traumatique.

Devant ces puissantes attaques, la réunion immédiate ne resta pas sans défenseur. Maunoir, de Genève, dans un mémoire présenté à l'Institut et dans une thèse pour le professorat, soutenue à Montpellier en 1812, en montre les avantages et réfute les objections de Pelletan. Roux, à la suite d'un voyage en Angleterre, exalte la méthode dont il a admiré les succès, et prouve, par son exemple, les résultats qu'elle peut donner. Richerand et Ant. Dubois, marchant sur les traces de leur collègue, la préconisent à leur tour; mais, malgré ces efforts, elle disparaît bientôt à peu près complétement de la capitale.

Pendant ce temps, Jean Viguerie à Toulouse, Moulaud à Marseille, Gensoul à Lyon, s'en déclarent partisans convaincus. Mais c'est surtout à l'école de Montpellier qu'elle trouve de chaleureux défenseurs. Vers 1816, Delpech, le seul homme dont l'influence pût contre-balancer celle de Dupuytren, faisait triompher la nouvelle méthode. « Placé, dans la vigueur de l'âge, écrit Serre, à la tête d'un enseignement clinique, plein de savoir et d'activité, il fit bientôt passer dans l'esprit de ses élèves le zèle dont il était animé, et changea tout à coup, dans l'école de Montpellier, la face de la chirurgie. Dès le premier moment, il professa la doctrine de la réunion immédiate dans toute son extension, et entraîna son auditoire tant par son éloquence facile et chaleureuse que par les succès qu'il obtint. » « Longtemps, dit M. le docteur Bousquet, l'école de Montpellier resta fidèle à cet enseignement; elle soutint envers et contre tous les dogmes de la réunion immédiate, s'appropria

cette méthode et la rendit tellement son œuvre, qu'on put décorer la réunion par première intention du nom de *doctrine de l'école de Montpellier.* »

Ainsi, durant les premières années du siècle, la réunion immédiate est abandonnée à Paris, sous l'influence prépondérante de Larrey et de Dupuytren, malgré les efforts de Roux, Richerand et Ant. Dubois, tandis que Delpech la fait accepter à Montpellier. En 1834, concourant à Paris, Sanson se prononce encore pour la pratique de Dupuytren; cependant, à ce moment, les divergences des deux écoles tendent à s'amoindrir, et bientôt l'apaisement va se faire. Simplifiée dans ses applications, mieux connue dans ses résultats, la réunion immédiate tend de plus en plus à être acceptée. Favorablement jugée par Malgaigne, Velpeau et Sédillot, dans leurs traités de médecine opératoire, ses avantages sont discutés et appréciés par Vidal et par Nélaton, dans leurs traités de pathologie externe, par les auteurs du *Compendium*, etc.

**Période contemporaine.** — La réunion immédiate triomphe définitivement. — A ce moment, la réunion immédiate, même à Paris, n'était plus catégoriquement repoussée; on lui reconnaissait des avantages dans certains cas; mais ses applications étaient restreintes et son succès, surtout dans les hôpitaux, trop difficile pour qu'elle fût généralement acceptée et appliquée. En 1865, Jobert (de Lamballe) s'en montre partisan, et, la même année, Sédillot croit que cette méthode est extrêmement précieuse, qu'on doit s'attacher à faire disparaître les accidents dont on l'accuse. « Il serait fort difficile, dit-il, de se prononcer entre partisans et adversaires; ces derniers, en effet, se sont tellement rapprochés, dans leur pratique, de la réunion immédiate, qu'ils y ont cédé en la combattant. » Presque complétement abandonnée à un moment, la réunion immédiate avait donc reconquis une place importante; elle va devenir prépondérante avec les pansements d'Alp. Guérin et de Lister.

L'air était depuis longtemps considéré comme nuisible aux plaies, et

la méthode des sections sous-cutanées, inaugurée en 1820, venant à l'appui de cette idée, avait fait naître la méthode d'occlusion des plaies, que J. Guérin obtenait avec une manchon en caoutchouc, Chassaignac avec des bandelettes de diachylon, Laugier avec la baudruche, Bouisson avec la ventilation et la cicatrisation sous-crustacée. Maisonneuve propose (1866) l'emploi simultané des antiputrides et de l'aspiration continue.

Le but recherché était de se mettre à l'abri du contact de l'air lui-même, lorsque les travaux de Tyndall et de Pasteur démontrèrent que l'atmosphère des grandes villes, et surtout des hôpitaux et des ambulances, est encombré de germes. Partisans convaincus de ces doctrines, A. Guérin et Lister, rapportant alors la cause intime des accidents divers qui sévissent sur les blessés, non plus à l'air lui-même, mais aux germes qu'il contient, imaginèrent une méthode de pansement qui devait protéger la plaie contre l'action de ces derniers.

C'est au milieu de nos désastres que le pansement ouaté a pris naissance. Des expériences précises de Pasteur et de Tyndall avaient démontré que le filtrage de l'air à travers du coton le débarrasse de ces ferments que A. Guérin considère comme la cause de l'infection. « Aussi, dit-il (*Acad. des sciences,* 1874), je fis un pansement qui ressemble à une expérience de physique : j'appliquai l'ouate directement sur la plaie, et je fis en sorte que l'air ne pût y arriver impur en passant sur les confins du pansement. » L'expérience devait réussir. A. Guérin, à partir du 1er décembre 1870, où il appliqua son premier pansement, obtint à Saint-Louis des succès en grand nombre, tandis que, dans les autres hôpitaux, les résultats étaient généralement désastreux. La réunion immédiate ne fut pas d'abord recherchée sous ce pansement; on la considéra même comme impossible. Mais, après quelques tâtonnements, elle fut tentée et obtenue en 1875, et les résultats observés depuis ont montré que « ce mode de pansement assure la réunion immédiate, qui manque si souvent à Paris, surtout dans les hôpitaux. » (Chauvel.)

L'œuvre de Lister est plus grande que celle de A. Guérin ; car il a

non-seulement créé un mode de pansement, mais il a établi, d'après des principes déterminés, une méthode générale de traitement des plaies. Nous n'avons pas à en faire ici la description; nous rappellerons seulement que, détruisant les germes, prévenant la décomposition du sang et des particules organiques à la surface des plaies, par l'acide phénique, et empêchant la rétention des liquides par un drainage bien fait, la méthode de Lister constitue le mode de traitement qui réunit, au degré le plus élevé, toutes les conditions favorables à la prompte cicatrisation des plaies.

Aussi, grâce à la méthode antiseptique, la réunion immédiate est-elle obtenue dans des circonstances où elle ne réussissait jamais. « La confiance dans les nouveaux pansements est telle, que la réunion immédiate dans les hôpitaux est tout à fait à l'ordre du jour. » (Farabœuf.)

## CHAPITRE II

### DÉFINITION; PHÉNOMÈNES CLINIQUES ET DOCTRINES DE LA RÉUNION IMMÉDIATE

---

On a dit souvent qu'une plaie guérit par première intention lorsqu'elle guérit sans suppurer. Exacte au point de vue théorique et applicable aux petites plaies, cette définition n'explique pas d'une manière générale le sens pratique, le sens clinique, que le chirurgien attache au mot de *réunion immédiate*. Peut-être au temps où l'on rapprochait les lèvres des solutions de continuité dans toute leur étendue, où l'on faisait d'une plaie un foyer hermétiquement clos, a-t-on pu observer quelques cas, certainement très-rares, dans lesquels la réunion s'est effectuée sans qu'une goutte de pus apparût en aucun point. Mais cette réunion absolue, complète d'emblée, exceptionnelle et dangereuse lorsqu'il s'agit d'une grande plaie, qu'on a pu qualifier avec quelque raison de chimérique, n'est guère plus recommandée aujourd'hui. L'importance du drainage, devenu indispensable avec la méthode antiseptique, a fait adopter par les chirurgiens contemporains une réunion partielle, dans laquelle on place un drain et on laisse béants quelques millimètres des bords libres, pour assurer la réunion de tout le reste et éviter des accidents graves qui s'attachent à l'insuccès de la réunion absolue. Or, dans ce cas, la petite quantité de pus qui se produira dans le trajet du drain, dont la présence retardera la guérison complète de trois ou quatre jours, n'empêchera pas le chirurgien d'appeler cette réunion «réunion immédiate». N'appelle-t-on pas

aussi immédiate, en clinique, la réunion des bords d'une plaie qui, au lieu d'être en contact parfait, sont séparés par un intervalle de 1 ou 2 millimètres? On peut dire que la réunion immédiate vraie est bien rare en pratique; il y a surtout ce qu'on pourrait appeler plus justement des réunions rapides.

D'un autre côté, les recherches histologiques ont bien démontré que la réunion par première et par seconde intention se font suivant un mécanisme intime dont la nature est la même : les deux modes ne diffèrent que par le temps que met la cicatrisation pour s'opérer.

Tenant compte de tous ces faits, nous considérerons la réunion immédiate comme consistant dans la production entre les lèvres de la plaie d'un tissu embryonnaire, qui, ne donnant lieu qu'à une suppuration nulle ou très-peu abondante, passe rapidement à l'état de tissu adulte.

Les phénomènes intimes de la cicatrisation, que nous étudierons plus loin, s'accompagnent de phénomènes cliniques locaux que nous allons rapidement exposer. Supposons qu'il s'agit d'une plaie dont on a rapproché les bords par la suture, ainsi que c'est le cas le plus ordinaire. Lorsque, convenablement faite, elle maintient le contact sans écrasements, en exerçant une pression modérée, on voit que les lèvres de la plaie, appliquées l'une contre l'autre, deviennent à ce moment sensiblement plus pâles. Au bout de quelques heures, commence une réaction légère, qui reste locale dans les cas simples, et produit une tuméfaction très-peu intense, ne s'étendant guère au delà des bords. Ceux-ci ont repris une coloration rose clair plus ou moins manifeste, selon que l'épiderme est mince ou épais. Les parties tuméfiées sont un peu douloureuses au contact. Dans les régions où se trouve en abondance du tissu cellulaire lâche, la tuméfaction est beaucoup plus considérable, sans qu'elle soit l'indice d'une inflammation exagérée. Aux paupières par exemple, dans les plaies de la face, il n'est pas rare d'observer un œdème étendu, qui ne doit pas effrayer le chirurgien. Le caractère fondamental, en un mot, de cette réaction locale, c'est d'être très-légère et très-limitée. Au troisième jour, elle a atteint son apogée,

et, au sixième, elle devra avoir à peu près disparu : la marche ne serait pas normale si, à ce moment, l'intensité du troisième jour persistait ou était revenue ; on devrait craindre quelques complications. Du quatrième au huitième ou neuvième jour, suivant les régions et l'état des parties, la réunion est déjà faite assez solidement pour qu'on puisse enlever les sutures, qu'on remplacera au besoin par quelques moyens de soutien moins actifs.

La cicatrice indélébile se présente alors sous la forme d'un cordon rouge, un peu saillant, plus ou moins large, quelquefois à peine visible. A mesure que sa consistance va se rapprocher de celle des tissus anciens, elle perdra peu à peu sa coloration, et ne se distinguera plus tard des parties molles voisines que parce qu'elle sera plus blanche que la peau.

**Doctrine**. — Nous avons vu que Hunter avait étudié le mécanisme de la réunion immédiate et édifié, le premier, une théorie scientifique. Depuis lors des recherches nombreuses ont été faites, et cependant la question ne paraît pas encore définitivement élucidée. Nous n'avons pas l'intention d'exposer ici les diverses doctrines successivement émises, soutenues ou combattues jusqu'à maintenant. Nous dirons seulement quelques mots des deux qui restent encore aujourd'hui en présence, celle de Robin et celle de Virchow.

La doctrine de Robin repose sur la théorie des blastèmes : « Pendant la rénovation moléculaire continue ou nutrition, dit-il, l'acte d'assimilation consiste en une formation, dans l'intimité de chaque élément anatomique, de principes immédiats qui sont semblables à ceux de la substance même de ce dernier. Ils sont pourtant différents du plasma sanguin, qui en a fourni les matériaux, avec transmission endosmo-exosmotique de chaque élément à ceux qui l'avoisinent, et réciproquement. Alors que cette formation assimilatrice l'emporte sur la décomposition désassimilatrice, elle amène l'augmentation de masse de l'élément ; mais cette formation de principe s'étend bientôt au delà, en dehors même de cet élément; car, dès qu'il a atteint un certain de-

gré de développement, l'excès des principes qu'il assimile suinte, en quelque sorte, hors de chacun de ces éléments et s'interpose à eux. Ce sont là ces principes immédiats qui, envisagés synthétiquement dans leur ensemble et dans leur association en un tout organisé, liquide ou demi-liquide, et n'ayant qu'une courte existence distincte de celle des parties ambiantes, reçoivent le nom de *blastème.* »

La réunion immédiate doit donc être considérée, d'après cette école, comme essentiellement caractérisée par l'apparition, sous l'influence de la nutrition, acte physiologique, et non de l'inflammation, acte pathologique, d'un blastème, où vont apparaître par génération spontanée des noyaux fibro-plastiques d'abord, puis des fibres lamineuses et des capillaires ; et tous ces éléments, presque contigus les uns aux autres dès leur origine, établiront une union intime entre les parties divisées. A mesure que les noyaux disparaîtront et seront remplacés par des éléments fibrillaires, la dureté et la solidité de la cicatrice augmenteront.

Virchow rejette la théorie de l'évolution des blastèmes. Les cellules sont des unités vitales, chargées de l'accroissement et de la réparation des tissus ; en elles réside toute activité formatrice, et leur prolifération reconnaît pour cause une force spéciale, l'irritabilité. Voici, dès lors, comment on doit comprendre avec lui la réunion immédiate : les parties étant réunies sous l'influence de l'excitation produite par le traumatisme et le contact, le tissu conjonctif est irrité, ses éléments s'hypertrophient, le noyau devient volumineux, s'entoure de protoplasma, et des phénomènes de prolifération se manifestent. L'hypergénèse est rapide ; les cellules nouvelles présentent les caractères des cellules embryonnaires, et bientôt il n'existe plus entre les surfaces de la plaie qu'une substance demi-liquide ou gélatineuse, composée essentiellement de cellules embryonnaires et se confondant, des deux côtés de la plaie, avec le tissu conjontif qui lui a donné naissance. Des anses capillaires, nées des anciens vaisseaux, marchent au-devant de la convexité d'anses semblables venues du côté opposé, et, par leur rencontre, une communication vasculaire s'établit entre les deux bords de

la plaie. Puis les cellules embryonnaires s'organisent, prennent la forme des cellules connectives, la consistance augmente et la réunion est assurée. Quel que soit donc le tissu lésé, c'est toujours le tissu conjonctif qui prolifère, et qui seul comble au début les pertes de substances; plus tard se fait la régénération d'autres éléments, cellules nerveuses, osseuses, etc., suivant le cas.

Ces théories, quelques arguments qu'on ait donnés en faveur de chacune d'elles, quelque talent qu'on ait mis à les défendre, ont le tort d'être trop exclusives et sont passibles de sérieuses objections. Celle de Robin a subi le contre-coup des travaux de Pasteur, Lortet, Ranvier, etc., sur la génération spontanée ; et les recherches de Conheim, Schmidt et Chalvet, ont réagi contre celle de Virchow, en montrant l'importance de l'exsudat. Conheim a montré ce fait, et Hayem, Vulpian, Hoffmann, Recklinghausen, en ont contrôlé l'exactitude, que les cellules embryonnaires peuvent reconnaître pour origine l'émigration des globules blancs du sang, et même des globules rouges, d'après Wywodzoff.

Obligés d'admettre aujourd'hui que la prolifération des cellules du tissu conjonctif et les troubles circulatoires prennent une part utile du processus de réparation, les chirurgiens ont adopté une théorie moins exclusive que celle de Robin ou de Virchow, théorie éclectique où l'hypergénèse interstitielle, la vascularité des parties périphériques et la formation d'un exsudat, sont considérées comme les phénomènes fondamentaux de tout travail adhésif, le désaccord existant encore sur l'importance relative de chacun d'eux.

## CHAPITRE III

### INCONVÉNIENTS ET AVANTAGES DE LA RÉUNION IMMÉDIATE

Nous avons vu, en étudiant l'histoire de la réunion immédiate, toutes les phases par lesquelles elle avait dû passer. Diversement jugée aux différentes époques, délaissée par les uns, exaltée par les autres, jamais complétement abandonnée, cette méthode semble occuper aujourd'hui la première place dans l'art de guérir les plaies, depuis que les progrès accomplis par la chirurgie contemporaine ont permis, tout en lui conservant ses avantages, de supprimer ou de diminuer ses dangers et de faciliter son succès.

Étudions d'abord les objections qui lui ont été faites. La chaleur et la souplesse des tissus rapprochés, disait Pelletan, loin d'exercer une action astrictive, doivent au contraire favoriser l'écoulement sanguin, et les vaisseaux, primitivement crispés et rétractés, laissent ensuite aborder le sang. La réunion immédiate faciliterait donc l'hémorrhagie et exposerait à tous les accidents qui peuvent en être la suite.

Il est bien certain, au contraire, que l'affrontement exact des surfaces, la pression exercée par les sutures, la compression produite par le pansement, seront des moyens adjuvants de l'hémostase, et, s'il se produit un suintement sanguin, conséquence nécessaire de toute fluxion réactive, même la plus modérée, il sera ici encore moindre que dans une plaie ouverte, dont la réaction est toujours plus intense.

Quoique ne favorisant pas l'hémorrhagie, la réunion immédiate ne la rend pas cependant impossible, et empêchera de lier les vaisseaux, si

elle se produit. Il serait plus exact de dire que l'hémorrhagie nuit à la réunion immédiate ou l'empêche ; aussi, à notre sens, si l'on a opéré dans une région où se trouvent des vaisseaux nombreux et volumineux, sans qu'on ait pu les trouver pour les lier, on devra la considérer comme très-probable et, dans ces cas rares, on ne réunira pas. Mais si, malgré l'hémostase la plus complète et la plus régulière, il survient après la suture de la plaie une hémorrhagie, et cela se produira peu souvent, on coupera rapidement les fils et on cherchera les vaisseaux comme s'il s'agissait d'une plaie primitivement ouverte. On pourra ensuite la laisser ainsi, ou suturer de nouveau, suivant le cas.

Lorsque survient, enfin, une hémorrhagie secondaire, la réunion ne saurait gêner en rien le chirurgien; car, à ce moment, il n'est plus possible de lier dans la plaie; les vaisseaux n'étant plus capables de supporter le fil, il faut les lier dans leur continuité.

Si les accusations de favoriser l'érysipèle et la phlébite étaient justes, on devrait renoncer à la réunion immédiate ; mais les faits ont prouvé le mal fondé de ces objections. La phlébite est d'autant moins à craindre que la suppuration est plus faible. Depuis que l'on emploie la méthode antiseptique, qui a fait revivre en quelque sorte la réunion immédiate, l'érysipèle s'observe quelquefois ; mais pourtant sa fréquence est infiniment moindre, et, disent les auteurs, même en temps d'épidémie il se serait montré peu grave. M. Létiévant exprime ainsi quelques-uns de ses résultats, depuis qu'il emploie le pansement phéniqué : l'infection purulente et la pourriture d'hôpital ont disparu, les érysipèles sont plus rares et moins sérieux; la réunion immédiate est la règle. « Nous avons réuni, dit M. Rochard, et vu réunir par la suture, un bien grand nombre de plaies de tête, car ce sont les lésions les plus communes à bord des navires et dans nos hôpitaux; jamais nous n'avons eu à nous en repentir, et les cas dans lesquels nous avons vu survenir des érysipèles sont tellement rares, qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. »

Dans une plaie étendue, a-t-on dit, la réunion des parties superficielles pourra être souvent complète ; mais elle le sera rarement dans les parties profondes, qui ne manqueront pas alors de suppurer, et le

pus collecté dans le fond de la plaie, s'opposant à la formation des bourgeons charnus, qui peuvent seuls combler l'espace vide, restera ignoré du chirurgien jusqu'au moment où la tension, l'étranglement, l'infiltration dans le tissu intermusculaire, la production de fusées, le phlegmon, etc., auront déterminé des désordres souvent irrémédiables, toujours très-graves, et favorisé la septicémie et la pyohémie.

A. Guérin croit au contraire que la réunion médiate, même la mieux faite, expose plus que la réunion immédiate aux accidents des grandes opérations, tels que l'infection purulente, l'érysipèle ; car ces maladies, étant de nature infectieuse, ont par conséquent une influence proportionnée à la surface sur laquelle l'agent d'infection exerce son action. Plus longtemps, en outre, durera la guérison, et plus longtemps l'opéré restera exposé à ces dangers. La rétention du pus est devenue rare depuis qu'on a appris à utiliser les sutures profondes, la compression, le drainage et les antiseptiques. Les chirurgiens contemporains, nous l'avons vu, ne suturent pas les parties superficielles dans toute leur étendue ; ils savent, comme on l'a dit, faire la part du feu. Une plaie pansée d'après la méthode nouvelle sécrète rarement du pus, du vrai pus ; c'est plutôt un liquide blanchâtre, laiteux, sans odeur, et dont la rétention, d'ailleurs, et l'accumulation sont empêchées par le drainage préventif. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

On a reproché aux sutures, que l'on emploie généralement pour obtenir le contact des lèvres de la plaie, d'entretenir celles-ci dans un état d'irritation continuel. L'objection a bien quelque chose de fondé, mais est peu importante, comparativement aux avantages immenses que nous assure le rapprochement exact des surfaces, quand il est maintenu sans trop de tiraillement et sans écrasement des parties suturées.

Dans une communication faite au congrès de Londres, en 1881, M. le professeur Verneuil distingue deux sortes de réunion : « l'une, obligatoire, fondamentale ; sans elle on n'a rien gagné, si on n'a pas tout perdu ; — l'autre, purement facultative, simplement adjuvante ; on l'associe à l'opération principale pour en hâter la guérison et en diminuer la

gravité..... La réunion adjuvante est dangereuse par elle-même; seulement on n'est pas forcé d'y avoir recours, et, quand on l'associe à une autre opération, il faut bien savoir qu'on additionnera deux ordres de dangers : que si, par exemple, les risques de l'amputation égalent 20, avec la réunion immédiate ils atteindront 25..... Cette réunion partielle, incomplète, bâtarde, qui diminue l'étendue du foyer, mais y laisse des corps étrangers, drains et ligatures, puis des conduits étroits permettant l'entrée libre de l'air et des agents qu'il peut charrier, enfin met la blessure dans les conditions des plaies exposées, anfractueuses et vouées inévitablement à la suppuration; cette réunion, à chaque instant mise en usage, peut offrir quelques avantages sans doute, mais ne saurait avoir la prétention de rendre bénignes des blessures qu'elle dispose, tout au contraire, à la stagnation et à l'altération du pus, à l'inflammation et à toutes ses conséquences. »

C'est faire le procès aux modifications mêmes que la chirurgie contemporaine a apportées à la réunion immédiate, et qui ont permis d'en généraliser l'emploi, d'en faciliter le succès et d'en faire disparaître les dangers. Il semble, d'après cette critique, que M. Verneuil ne voit, dans le fait de laisser une partie des bords de la plaie sans suture, qu'une mesure inutile, puisqu'elle ne favorise pas l'écoulement des liquides, et dans le drain qu'un corps étranger, mis dans la plaie on ne sait pour quelle cause, puisqu'il n'empêche point la stagnation du pus. Pourquoi s'effrayer autant des agents que l'air qui pénétrera dans la plaie va charrier avec lui, après avoir dit, un peu plus haut : « De nos jours, la méthode antiseptique a si profondément modifié le milieu nosocomial, que la contre-indication tirée des mauvaises qualités de ce dernier n'existe plus » ? Si nous n'avons enfin, avec l'ouate, l'acide phénique, etc., aucun pouvoir d'empêcher l'altération du pus et les complications inflammatoires, pourquoi s'écrier que « l'époque n'est pas éloignée où le monde chirurgical, associant les noms glorieux de Pasteur et de Tyndall, de Lister et d'Alp. Guérin, déclarera que des deux côtés de la Manche on a bien mérité de l'humanité » ?

Voilà les principaux reproches adressés à la réunion immédiate. De

leur étude, nous conclurons que, grâce aux méthodes nouvelles et aux progrès accomplis dans l'art des pansements, nous pouvons mettre les plaies à l'abri des accidents qui les frappaient autrefois, et que ces accusations ont aujourd'hui perdu leur valeur.

De tous les avantages de la réunion immédiate, le premier qu'ont remarqué les observateurs est certainement la rapidité de la guérison. Une plaie vaste, profonde, se cicatrise en dix, quinze jours, alors qu'elle aurait suppuré plusieurs mois avec une autre méthode. Azam a vu ses amputés guéris, les uns, le onzième jour ; le plus grand nombre, du douzième au seizième, et quelques-uns seulement, du vingtième au vingt-cinquième. Lorsque l'écartement des parois de la plaie ne permet leur affrontement que sur une partie de leur étendue, le temps nécessaire à la guérison est encore très-abrégé.

La réaction inflammatoire locale est presque nulle ; la suppuration n'existe pas ou est insignifiante ; la plaie réunie se trouve soustraite au contact des corps étrangers, et de ces conditions il résulte une absence presque absolue de douleur.

Les cicatrices sont nettes, régulières, linéaires, souples, sans adhérences, et le plus souvent exemptes de rétractions consécutives. Cette question de forme, importante pour les régions accessibles aux regards, l'est plus encore pour les moignons. La plaie d'un moignon, quand elle n'est pas réunie, va devenir le siége d'une inflammation, qui constituera un danger, si elle ne se modère. « C'est par elle que de vastes décollements sous-cutanés, intermusculaires, résultent de la fonte du tissu cellulaire ; que les fusées purulentes remontent le long des gaînes tendineuses ; que des hémorrhagies secondaires se produisent par la rupture des jeunes et tendres cicatrices vasculaires; que les veines et la moelle osseuse suppurent ; que le périoste, en se décollant, abandonne l'os à la nécrose et, libre, cède à la traction des muscles, agents de la conicité secondaire..... Au point de vue de la forme définitive du moignon et de son aptitude ultérieure au travail, la réunion immédiate présente également les plus grands avantages : avec des chairs suffisantes, elle évite la conicité, l'adhérence de la cica-

trice tégumentaire aux os, et surtout la formation d'une large surface inodulaire, comme cela est si fréquent après la suppuration de l'os, même lorsqu'on a gardé assez de parties molles. » (Farabeuf.) Dans une discussion tout à fait récente, provoquée par une observation de M. Kirmisson, la plupart des membres de la Société de chirurgie, parmi lesquels nous citerons surtout M. Trélat, ont insisté sur l'heureuse influence de la réunion immédiate dans la forme des moignons.

Les avantages au point de vue de l'état général sont encore plus grands. Lorsqu'une plaie est considérable et qu'on ne réunit pas, la suppuration est excessive, l'affaiblissement progressif du malade rapide, et l'on voit bien que cet épuisement est une des causes les plus puissantes de l'infection du sang par le pus. Cette considération aura d'autant plus de valeur que le sujet opéré était primitivement plus débilité. Billroth, répondant à Volkmann au sujet d'une polémique sur la réunion immédiate, déclare qu'elle met à l'abri de la pyohémie, de la septicémie, et doit être le but à poursuivre. « La suppuration de la surface de section, dit encore Farabeuf, est la cause ordinaire de la mort des amputés. Plus cette suppuration est étendue et plus elle dure, plus elle est dangereuse. Qu'elle soit nulle, c'est l'idéal ; car c'est elle qui amène la pyohémie, qui épuise le malade, altère ses organes et l'expose en le retenant au lit, surtout à l'hôpital, à la contagion de plusieurs maladies intercurrentes. »

La réunion par première intention doit donc être considérée comme le plus rationnel de tous les modes de pansement, le plus prompt, le plus avantageux, celui dont les résultats répondent le mieux aux intentions du chirurgien. Nous n'insisterons pas davantage ici pour montrer sa supériorité, qui est admise même par la plupart de ses adversaires. C'est ainsi que M. le professeur Dubrueil, en 1869, croit « devoir repousser la réunion immédiate pour les grandes opérations, au moins dans la pratique » ; et cependant pose « en principe absolu que la réunion immédiate, lorsqu'on l'obtient, est infiniment préférable à la réunion secondaire.....Mais ce que l'on objecte, dit-il, c'est la difficulté de l'obtenir, c'est le péril auquel elle expose l'opéré lorsqu'elle

échoue. » Nous avons vu les précautions nombreuses que l'on prend aujourd'hui pour éviter la stagnation du pus et son altération, précautions sur lesquelles nous insisterons plus loin et qui éloignent les grands dangers qu'on avait à redouter jadis, en cas d'insuccès. Avec les méthodes nouvelles, la réunion immédiate est devenue beaucoup plus facile; elle est devenue la règle dans des circonstances où, il y a quinze ans, on l'aurait considérée comme impossible. Lorsque la marche de la guérison diffère sous quelque rapport de la marche normale, nous savons interroger l'état général, par lequel l'organisme manifeste tout d'abord l'irritation qu'il subit dans une de ses parties, et, avant que l'inflammation ait atteint de l'intensité, on détruit les sutures et on ouvre largement. La réunion immédiate demande des précautions nombreuses et une surveillance attentive, grâce auxquelles le chirurgien peut arrêter à temps le mal qui menace ou vient de commencer. Toute tentative de réunion n'a plus, en dehors de l'insuccès, qu'un inconvénient : c'est d'avoir produit dans la plaie un degré d'inflammation qui n'eût pas existé sans elle, inflammation qui sera toujours légère si l'on n'attend pas, pour enlever les sutures, que l'étranglement des bords se soit produit, et n'aura pas, par conséquent, les dangers graves dont on l'a trop accusée. Nous avons vu, d'ailleurs, que les dissentiments ont cessé aujourd'hui sur la valeur réelle de ce mode de pansement, considéré comme la règle par la plupart des chirurgiens. « La réunion immédiate, écrit Lefort, est un excellent moyen, et j'en suis grandement partisan; elle n'a plus guère contre elle peut-être que M. Verneuil, et encore ! »

## CHAPITRE IV

### CONDITIONS POUR OBTENIR LA RÉUNION IMMÉDIATE ET MOYENS DE CONTRIBUER A SON SUCCÈS

Nous diviserons l'étude de ces conditions et de ces moyens en trois classes, selon que l'on peut les rapporter à l'état local, à l'état général ou au milieu ambiant.

**Conditions se rapportant à l'état local.** — On a l'habitude, tout d'abord, d'exiger, d'une plaie qu'on va réunir par première intention, que ses bords soient sains, vivants, et la blessure récente.

La netteté des bords de la plaie est certainement d'un heureux présage pour la réunion immédiate; mais il faut bien se garder de croire qu'elle n'est possible ou probable que dans les solutions de continuité faites avec un instrument bien tranchant. Les faits ne manquent point où des plaies accidentelles avec des lèvres contuses ont été heureusement réunies. Ce n'est pas à dire, toutefois, que la contusion ne puisse jamais être un obstacle ; à l'exercice et à l'observation, il appartient de donner la faculté d'apprécier s'il y a lieu ou non d'espérer l'adhésion primitive. Mais on n'oubliera pas qu'on sait obtenir maintenant des succès qu'on eût auparavant considérés comme invraisemblables. On a réuni par première intention des blessures par arme à feu et des plaies faites au thermo-cautère (Reclus, Nicaise). On devra, d'ailleurs, tenir grand compte de la région vulnérée, et, lorsqu'il s'agira des plaies de la tête ou de la face, ne jamais craindre de réunir, même lorsque

les bords seront fortement contusionnés. L'avantage est grand et l'insuccès bien rare.

Les lèvres de la plaie doivent être exemptes de tout état pathologique antérieur ; en état d'inflammation, d'érysipèle, de lymphangite, etc., elles ne seront point rapprochées. M. Tillaux a rapporté à la Société de chirurgie un cas de désarticulation de l'épaule chez un jeune homme atteint de gangrène au bras, pour laquelle il a obtenu une réunion immédiate et la guérison en douze jours, quoique le bord du lambeau fût gangrené au moment de l'opération. Ce succès est remarquable sans doute, mais exceptionnel. Il nous montre qu'il pourra être encore utile, dans des cas désespérés, de chercher à obtenir l'adhésion primitive ; mais nous croyons que l'impossibilité de tailler un lambeau dans des points que la gangrène n'a pas encore atteints doit être une contre-indication à la réunion immédiate.

Il importe encore que la circulation et l'influx nerveux conservent leur action sur les deux lèvres de la plaie, et cette condition doit être bien présente à l'esprit dans les opérations d'autoplastie. Cette remarque nous semble devoir conserver toute son importance en chirurgie, quoique des faits nombreux et des expériences tentées chez les animaux aient mis hors de doute la possibilité de la réunion de parties complétement séparées du corps. La plupart de ces faits, d'ailleurs, se rapportent à des régions ou à des organes doués d'une vascularisation très-grande.

La réunion immédiate a d'autant plus de chances de réussir que la blessure est plus récente ; après vingt-quatre ou trente-six heures, elle s'obtient difficilement. On suturera dès que l'écoulement sanguin sera arrêté et sans craindre outre mesure le suintement, qui se produira peut-être bientôt ; car nous verrons que, grâce à la compression, au drainage et à l'antisepsie, il n'aura point de grand inconvénient.

Deux autres conditions sont encore exigées pour la réunion immédiate : l'absence de corps étrangers et le rapprochement des lèvres de la plaie.

Le corps étranger le plus fréquemment interposé est le sang. On pourra bien, dans certaines plaies accidentelles, rencontrer du sable, de la boue, des débris de vêtements, etc.; mais ces faits-là sont l'exception. Ces corps seront d'une extraction généralement facile, et la plaie en restera définitivement débarrassée. L'absence de caillots sera bien plus difficile à obtenir, et surtout à maintenir.

Comme premier soin, le chirurgien arrêtera l'écoulement de sang qui se fait au moment même de la section des vaisseaux. La forcipressure, la torsion et la ligature, permettront de se rendre maître de l'hémorrhagie artérielle. La forcipressure est un procédé d'hémostase très-ancien; Desault l'employait en 1790. Tombée pendant quelques temps dans l'oubli, cette méthode paraît aujourd'hui plus favorablement jugée et a repris sa place dans la pratique chirurgicale. Utilisée le plus souvent comme moyen temporaire d'hémostase, elle peut aussi servir de moyen définitif, lorsqu'il s'agit d'une artère de petit calibre.

La torsion imaginée par Amussat (1828) a été préconisée, dans ces derniers temps, par M. Tillaux, qui l'a utilisée avec succès dans les grandes amputations. La torsion que fait M. Tillaux est la torsion complète, c'est-à-dire qu'après avoir saisi l'extrémité de l'artère avec la pince, on imprime à celle-ci des mouvements de rotation sur son axe, jusqu'à ce que le bout artériel saisi soit complétement détaché.

Ces deux méthodes agissent en produisant une lésion des tuniques artérielles, que nous n'avons pas à étudier ici; elles procurent une hémostase définitive et ont l'avantage de ne pas nécessiter dans la plaie la présence d'un corps étranger, comme la ligature. Malheureusement elles ne peuvent s'appliquer qu'à des artères de petit calibre; pour les grosses artères, la ligature est le seul moyen que nous ayons pour arrêter l'hémorrhagie. Renvoyant aux manuels de petite chirurgie et aux traités de médecine opératoire, pour son étude complète, nous ne nous occuperons ici que de quelques points spéciaux. Lorsque, après A. Paré, les chirurgiens appliquèrent la réunion immédiate aux plaies d'amputation, ils eurent comme préoccupation constante d'empêcher ou de diminuer l'irritation produite dans la plaie par le fil à li-

gature. Nous avons vu Garengeot l'entourer de linges cératés, pour en faciliter l'extraction; plus tard, on le coupa au ras du nœud et on l'abandonna dans la plaie; mais il devenait le plus souvent la cause de la production d'abcès destinés à son alimentation, ce qui conduisit les chirurgiens à essayer l'utilisation de substances susceptibles d'être tolérées ou résorbées (peau de chamois, boyau de chat, etc.).

Actuellement on emploie, soit des fils de soie ou de chanvre, soit des fils de catgut. Si l'on se sert des premiers, on coupe au ras du nœud l'un des chefs de chaque ligature, et les chefs qui restent sont conduits au dehors de la plaie, ensemble par le point le plus déclive; ou bien, comme le faisait Bouisson, chacune séparément, par le chemin le plus court. Ces fils ont été préalablement rendus aseptiques par leur séjour dans l'huile phéniquée; ils provoquent ainsi moins d'irritation et pourraient, si on les abandonnait dans la plaie, ne produire aucun accident.

Toutefois, comme la tolérance des tissus n'existe bien que si l'asepsie du fil est parfaite, et elle ne l'est pas toujours, il est prudent de ne pas couper les deux chefs au ras du nœud, et d'extraire le fil, quand il s'est détaché, sous peine de voir se former des abcès qui parfois ne seront pas une entrave à la réunion, mais provoqueront toujours une inflammation qui pourra être nuisible, inspireront des craintes et retarderont la guérison définitive.

C'est à Lister que nous devons d'avoir généralisé l'emploi du catgut. D'après MM. Gross et Rohmer, qui ont fait à ce sujet de nombreuses expériences, les effets immédiats d'une ligature pratiquée avec le fil de catgut sont identiques à ceux de la ligature ordinaire; mais, pour éviter le relâchement prématuré de la ligature, ce qui est indispensable si l'on veut obtenir une oblitération permanente et définitive, on doit assujétir le fil par un nœud de chirurgien, auquel on superpose un nœud simple.

Il est démontré aujourd'hui que le fil de catgut introduit dans les tissus ne joue pas le rôle de corps étranger, ne provoque pas la suppuration et, loin d'être éliminé, disparaît plus ou moins rapidement. Nous tenons ce fait pour vrai; mais, pour y compter, il faut être sûr

de son fil, il faut l'avoir préparé soi-même, car des défauts dans sa préparation pourront l'empêcher d'être résorbé. C'est ainsi que, dans l'observation 27 nous voyons un fil de catgut employé pour la suture rester intact pendant un mois sans le moindre commencement de résorption. Le meilleur catgut paraît être le catgut chromique, qu'on prépare de la façon suivante : « Dans une solution d'acide chromique 1 partie, acide phénique pur 200 parties, pour 4,000 parties d'eau, on plonge 200 parties de catgut. D'après Luccas-Championnière, les cordes françaises sont préférables, et surtout les cordes non blanchies, que l'on utilise comme squelette des cordes filées. Au bout de quarante-huit heures, on retire le catgut, on le fait sécher, en prenant soin qu'il soit bien tendu pendant la dessiccation, puis on le conserve dans de l'huile phéniquée à 1/5. Ce catgut chromique présente toutes les conditions de solidité, d'asepsie et de résistance désirables. » (Chancel.)

S'il se trouvait dans la plaie une veine volumineuse donnant du sang, on lui appliquerait une ligature, comme s'il s'agissait d'une artère.

Quant à l'hémorrhagie capillaire, l'hémorrhagie en nappe, qui ne manque pas de se produire, elle ne tarde pas à s'arrêter d'elle-même, grâce à la rétraction des extrémités vasculaires coupées, au resserrement de leurs orifices sous l'influence de la contraction des fibres musculaires des vaisseaux, grâce enfin à la formation de petits caillots dans leur intérieur. La position qu'on donnera à la région et les lavages qu'on fera sur la plaie viendront en aide à cette hémostase spontanée. Elle paraît être plus difficile dans les cas où on a utilisé la bande d'Esmarch, qui semble favoriser l'écoulement du sang des surfaces sectionnées. Ce fait n'est exact qu'en partie. D'après une communication de Humphry, faite au congrès de Londres en 1881, la bande d'Esmarch favorise l'écoulement peu après son enlèvement, mais diminue plutôt l'effusion du sang après.

Quelque soin que l'on ait pris avant de faire les sutures, il ne manquera pas de survenir dans les premières heures un suintement sanguin ou sanguinolent, qui pourra s'interposer aux lèvres de la plaie et

former quelques petits caillots. Ceux-ci ont été la terreur des chirurgiens ; car, par leur simple présence d'abord, par leur décomposition ensuite, ils étaient accusés de déterminer dans la plaie une irritation d'une double nature, physique et septique. Le danger était réel et difficile à éviter avant l'emploi de la méthode antiseptique. Avec elle, ces craintes s'évanouissent ; car, sous l'influence de l'acide phénique, on ne voit plus les caillots « se désagréger, provoquer la suppuration, empêcher la réunion ; mais plutôt s'associer, dans une certaine mesure, aux phénomènes de réparation. Leur surface prend une teinte grise caractéristique ; ils sont adhérents aux lèvres de la plaie ; il faut un certain effort pour les détacher, et, au bout de quelques jours, si on les gratte, on fait saigner leur surface, il y a là des vaisseaux nouveaux. » (Championnière.) Par conséquent, on devra nettoyer la plaie du mieux possible, faire l'hémostase avec soin, l'aider par la position et la compression, et ne pas s'effrayer de petits caillots qui, malgré ces précautions, pourront encore se produire.

Quand l'hémorrhagie est bien arrêtée et la plaie débarrassée de tout corps étranger, il faut en rapprocher les bords. Nous rappellerons ici, sans vouloir entrer dans le domaine de la médecine opératoire, que le chirurgien, avant d'opérer, aura dû se préoccuper de la réunion immédiate qu'il veut tenter et aura pris soin de tailler les lambeaux, etc., de façon à ce que l'adaptation en soit facile et exacte. C'est indiquer par là l'importance du procédé opératoire choisi, particulièrement lorsqu'il s'agira d'une plaie d'amputation.

Il faut donc que la solution de continuité que l'on veut réunir soit disposée de telle sorte que le rapprochement des lèvres puisse se faire sans trop de tiraillement ; il faut surtout que les parties profondes soient bien mises en contact ; que l'affrontement, en un mot, soit total, doux et uniforme. Quoiqu'il soit parfaitement reconnu aujourd'hui que la réunion immédiate se fait entre des tissus hétérogènes, puisqu'elle s'opère toujours par l'intermédiaire du tissu conjonctif, il est bien préférable de mettre en rapport, si on le peut, des tissus semblables.

Les moyens que nous avons pour obtenir et maintenir le contact

sont : la position et le repos, les bandages, les agglutinatifs, le collodion, les serres-fines et les sutures.

Le repos est la condition essentielle de la réunion immédiate, et, s'il n'y avait pas d'écartement des bords, on conçoit qu'il suffirait seul à obtenir une adhésion primitive. La position seule pourra être parfois suffisante dans les petites plaies de certaines régions, plaies parallèles au pli de l'aine, par exemple ; mais elle sera plutôt destinée, comme le repos, à favoriser l'action des moyens plus puissants.

Les bandages unissants sont peu employés dans le traitement des plaies ; ils se relâchent très-facilement, gênent beaucoup les malades et sont bien moins actifs qu'on pourrait le croire.

L'usage des serres-fines est à peu près abandonné. On ne les utilise guère encore que dans certaines opérations particulières, le phimosis, par exemple. Elles gênent beaucoup pour le pansement, se détachent et tombent assez facilement, substituent à la douleur passagère d'une piqûre d'aiguille une douleur permanente due à la compression, sont impraticables le plus souvent et ne paraissent offrir aucun avantage.

Les agglutinatifs sont employés sous forme de bandelettes de diachylon, de taffetas d'Angleterre, de taffetas français, de baudruche gommée, de bandelettes collodionnées. Ces agents rendent certainement des services dans la chirurgie ; mais on les a accusés, quelques-uns du moins, et non sans raison, de provoquer parfois des érysipèles. Ce moyen de réunion ne peut maintenir les lèvres de la plaie bien en contact, ni rapprocher des plaies un peu profondes et des lambeaux vastes et pesants, car son action est surtout superficielle. Nous rapprocherons des agglutinatifs la suture sèche élastique, employée par M. le professeur Dubrueil et M. le docteur Moynac, qui pourra, comme eux, servir d'adjuvant très-utile dans certains cas.

Nous arrivons enfin à la suture, le plus actif de tous les moyens d'union, celui dont l'usage est le plus général. Faisant justice des exagérations du mémoire de Pibrac et de la condamnation de l'Académie de chirurgie, l'expérience en a définitivement établi aujourd'hui les avantages et la supériorité. Ayant déjà dit ce qu'il faut

penser des inconvénients qu'on lui a reprochés, nous n'y reviendrons pas.

Il y a trois sutures principales : la suture entrecoupée, la suture entortillée et la suture enchevillée. La première est employée pour les plaies dont les lèvres sont minces et se rapprochent facilement ; elle agit surtout sur les parties superficielles. Les deux autres sont plus utiles dans les cas où l'on a des lambeaux épais et des grandes surfaces à mettre en contact. L'enchevillée, particulièrement, réunit très-bien le fond de la plaie, mais en laisse les bords un peu écartés. Elle ne convient que dans les plaies très-profondes, où l'essentiel est, avant tout, de réunir le fond.

De nombreuses substances ont été essayées pour les sutures, dans le but de diminuer, autant que possible, l'irritation qu'elles produisent. C'est ainsi qu'on a voulu remplacer les fils de soie ou de chanvre par des fils de catgut ou des fils métalliques. Nous avons déjà étudié la façon dont se comporte le catgut dans les tissus vivants. Quant aux fils métalliques, employés depuis longtemps, ils ont subi dans ces dernières années une grande vulgarisation. Après Dieffenbach, Marion Sims et Simpson; en France, Vidal (de Cassis), MM. Verneuil, Follin, Letenneur (de Nantes) et Ollier, ont préconisé la suture métallique, d'abord pour les fistules vésico-vaginales, pour le bec-de-lièvre et enfin, d'une façon générale, pour la réunion de toutes les plaies. On a employé l'argent, le fer, le plomb, le platine, etc. On a beaucoup exagéré, au début, les avantages de ce moyen, auquel on attribuait le pouvoir de prévenir les suppurations qui s'établissent aux points d'entrée et de sortie des aiguilles. Il paraît aujourd'hui démontré que l'absence de suppuration tient plutôt au petit volume du fil et à son asepsie qu'à sa nature.

Nous devons signaler ici les sutures profondes, qui consistent à rapprocher les lambeaux au niveau de leur base et permettent de mettre en contact toute la surface de la plaie. Elles servent, en outre, de soutien aux sutures superficielles et préviennent ainsi des tiraillements nuisibles et le sectionnement des parties. C'est toujours la suture en-

chevillée ou en plaque que l'on fait dans ce cas. M. le docteur Vibert (du Puy) a apporté à ce procédé une modification qui lui aurait donné d'excellents résultats : elle consiste à faire passer le fil dans le plancher même de la plaie, qui, par ce fait même, se trouve rapproché des lambeaux que l'on applique sur lui. Ce moyen, d'après l'auteur, permettrait de ne pas faire de ligatures après l'extirpation des tumeurs du sein et d'obtenir la réunion immédiate, même dans le cas où l'affrontement des parois de la plaie ne peut être obtenu qu'au prix d'une forte traction de la part des fils.

Nous aurions encore à parler, à propos des soins à donner à l'état local, des précautions à prendre pour éviter les causes d'irritation extérieure et l'accumulation des liquides dans la plaie. Ces considérations trouveront leur place dans l'étude du pansement.

**Conditions se rapportant à l'état général.** — L'âge de l'individu ne paraît pas avoir une aussi grande influence qu'on pourrait le croire sur la réunion immédiate. Ce n'est que dans des cas de vieillesse extrême, de décrépitude, de débilitation très-considérable, de dégénération artérielle très-avancée, que la force nutritive nécessaire à la réparation sera insuffisante. La réunion sera facile, on le conçoit, dans l'enfance et la première jeunesse ; mais il faut bien savoir que la délicatesse et la sensibilité des tissus prédisposent, à ce moment, à l'inflammation et à l'ulcération pour une provocation très-faible.

Sans parler ici des maladies aiguës, il est bien évident que l'état de la santé générale ne sera pas sans influence aucune. L'homme atteint d'une diathèse ou d'une maladie chronique grave, celui que des abus prolongés ont vieilli prématurément ou fortement débilité, réalisera certainement de plus mauvaises conditions pour la réunion immédiate que celui qui sera bien portant ; mais il faut bien reconnaître que, si on ne la tentait que chez l'individu sain, on la tenterait bien rarement. En dehors des cas où il s'agit de lésion traumatique, les malades ont souvent supporté, et pendant longtemps, des douleurs parfois considérables, une suppuration abondante et la funeste influence d'un état moral

peu satisfaisant. Et, si nous voulons nous en tenir aux malheureux qui peuplent les hôpitaux, nous les trouverons dans un état bien moins satisfaisant, où les ont conduits les vices héréditaires, les privations de tout genre, la violation des lois les plus élémentaires de l'hygiène, la misère physique et physiologique en un mot.

Heureusement, le plus grand nombre est encore capable de faire une réunion immédiate ; dans les cas extrêmes seuls, celle-ci sera contre-indiquée. Il est aujourd'hui démontré par l'expérience que le tuberculeux, pourvu qu'il ne soit pas phthisique, réalise très-bien, sans accidents, la réunion par première intention. Nous rappellerons les cas rapportés par M. Trélat à la Société de chirurgie, en 1883, avec la présentation de moules des moignons par M. Pozzi, et l'observation 28, où l'adhésion primitive s'est effectuée avec la simplicité la plus grande et au plus grand avantage du malade. Plus souvent elle échouera chez le diabétique, où elle sera généralement contre-indiquée ; car la suture pourrait déterminer l'explosion soudaine et fatalement envahissante d'inflammations gangréneuses. L'alcoolisme, les suppurations prolongées, ne seront pas des contre-indications dans la généralité des cas. M. Demons a envoyé à la Société de chirurgie, en 1880, une observation de réunion immédiate obtenue à la suite d'une désarticulation de la hanche, pratiquée chez un homme de cinquante-six ans, pour une nécrose du fémur suivie de fracture spontanée et d'une périostite suppurée très-étendue. « Au moment de l'opération, dit M. Demons, le malade avait perdu l'appétit et le sommeil ; le teint était devenu jaunâtre, les urines albumineuses ; l'œdème du membre inférieur gagnait le côté gauche du tronc ; la température était à 36° et 35°6 ; la mort paraissait prochaine. Nous rapportons à l'observation 28 un cas très-remarquable aussi, où la réunion immédiate a été obtenue pour une amputation de jambe, malgré l'existence manifeste de la pyohémie. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Il est bien entendu que plus l'état général est mauvais, plus le chirurgien doit redoubler des soins, ne négliger aucune précaution, même la plus minutieuse, et appliquer dans toute sa rigueur la méthode antiseptique, qui seule permettra le succès.

Le rôle que peuvent jouer encore l'alimentation, l'hygiène et l'état moral, ne doit pas être oublié. Un régime alimentaire insuffisant est une cause d'affaiblissement pour les opérés, qu'il laisse sans défense contre les affections nosocomiales; substantiel et bien conduit, il « prévient les accidents nerveux, soutient les forces, rétablit l'équilibre dans l'organisme ébranlé, conjure les absorptions funestes, active la cicatrisation des plaies et rapproche l'époque de la guérison. » (Legouest.) On évitera soigneusement toutes les causes de refroidissement pendant les pansements, les garde-robes, les changements de lit ou de linge. Enfin, comme les grandes plaies exigent un repos complet de l'esprit aussi bien que du corps, on conseillera aux malades d'éviter les travaux intellectuels et les impressions morales trop vives. Le chirurgien, en un mot, luttera, autant que cela sera en son pouvoir, contre toutes les causes d'abattement physique ou moral.

**Conditions se rapportant au milieu.** — Quoique leur importance soit grande, nous ne pouvons que signaler ici, sans nous y arrêter, les nombreuses conditions relatives à la situation et à la disposition des salles, à leur aération, à leur chauffage, etc.: toutes conditions qui relèvent surtout de l'hygiène et qui ne sont remplies encore d'une façon convenable que par bien peu d'hôpitaux. Nous étudierons plutôt les moyens dont dispose le chirurgien, en quelque endroit que soient ses opérés, pour lutter contre la funeste influence du milieu ambiant.

La fièvre traumatique, la septicémie et la pyohémie, voilà les accidents les plus redoutables qui surviennent chez les blessés, dont ils compromettent la guérison et la vie. La fièvre traumatique paraît reconnaître plusieurs causes : elle serait le fait du traumatisme lui-même, d'une inflammation de la plaie ou de la pénétration de matières septiques. Cette dernière cause doit être considérée aujourd'hui, les faits l'ont prouvé, comme prépondérante; c'est elle qui donnera à la fièvre traumatique de la gravité. Il est probable que le poison de la fièvre traumatique est identique à celui de la septicémie et de la pyohémie;

c'est du moins la théorie qui paraît la meilleure et la plus généralement acceptée.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, ces trois états, avec les restrictions que nous avons faites pour le premier, sont produits par l'absorption, au niveau de la plaie, de germes contenus dans l'air, germes dont les travaux de Pasteur et de Tyndall, de Lister et de Guérin, ont démontré l'existence et la nocivité. Il nous paraît superflu d'insister sur la gravité du pronostic de la septicémie, et surtout de la pyohémie, et de rappeler les désastres qu'elles ont produits dans les grands hôpitaux, pour montrer l'importance majeure des moyens destinés à les combattre de la méthode antiseptique.

La méthode antiseptique est d'origine récente, moderne, « si l'on doit entendre par méthode antiseptique, dit M. Chauvel, et nous sommes pour l'affirmative, un ensemble de mesures ayant pour but de mettre la plaie à l'abri des germes que l'on s'accorde aujourd'hui à considérer comme la cause productrice des accidents septicémiques. » A la suite des modifications qu'elle a subies depuis son origine, cette méthode compte aujourd'hui des modes d'application très-nombreux. Ce serait trop élargir les limites de notre sujet de comparer les divers pansements, de parler des diverses substances employées : ouate, alcool, acide phénique et ses dérivés, acide salicylique, borique, thymique, benzoïque, eucalyptol, iodoforme, sublimé, etc., et une foule d'autres produits utilisés surtout en Allemagne. Nous exposerons seulement le mode de pansement mixte, ouato-phéniqué, que nous avons vu employer à la clinique de l'hôpital Saint-Éloi par M. le professeur agrégé Tédenat. Après l'avoir décrit, nous étudierons le rôle de ses parties, les avantages qu'il présente, et montrerons par des preuves cliniques les résultats qu'il peut donner.

La méthode antiseptique comporte des précautions que l'on doit prendre avant, pendant et après l'opération.

La région sur laquelle on va agir sera lavée avec l'éther d'abord, et la solution phéniquée forte (5 °/₀) ensuite; tous les instruments, tous les objets dont on devra se servir, seront rendus aseptiques au moyen

de la solution phéniquée ; nous avons vu que les fils à suture ou à ligature devaient être conservés dans l'huile phéniquée. Le chirurgien et les aides ne toucheront le malade qu'après avoir lavé leurs mains dans la solution forte.

Pendant l'opération, on fera de temps en temps des lavages antiseptiques de la plaie, ou bien on se servira du spray phéniqué.

Enfin on procédera au pansement. Quand l'hémorrhagie a cessé, quand la plaie est bien nettoyée, on fait la suture que l'état des lèvres, des lambeaux, indique le mieux, en ayant soin de placer un drain volumineux et résistant. La plaie est, immédiatement après, recouverte d'un carré de protective, qui en dépassera à peine les bords et aura été préalablement trempé dans la solution phéniquée.

Dans cette même solution, on plonge une certaine quantité de coton, qu'on a soin de mouiller le plus possible et qu'on étend, après avoir exprimé par la pression l'excès de liquide, par-dessus le carré de protective et sur une plus large surface. On applique ensuite une couche d'ouate sèche, qui doit être employée en quantité considérable, de façon à constituer une épaisseur de cinq à six centimètres après compression et à dépasser de beaucoup les limites de la plaie.

Le tout est recouvert d'une grande pièce de mackintosh ou de toute autre substance imperméable quelconque, qui sera toujours plus large que les couches précédentes, et maintenue par de nombreux tours de bande en gaze antiseptique ou en toile. Ce mode de pansement, on le voit, est très-simple; les matériaux sont peu coûteux et on les trouve partout facilement, si ce n'est le carré de protective, qu'on pourra très-bien remplacer par un morceau de baudruche, au besoin.

Voyons maintenant le rôle et l'importance de chacune des principales parties de la méthode. Si tout le monde reconnaît la nécessité de l'asepsie des instruments, éponges, etc., et des mains du chirurgien et des aides, on ne s'entend pas sur la valeur du spray phéniqué. Imaginé par Lister, dans le but d'empêcher les germes de l'atmosphère d'arriver sur la plaie, pour rendre cette atmosphère aseptique, il a été diversement apprécié par les chirurgiens. Est-il supérieur à la simple irrigation avec des liquides phéniqués ?

Par son action mécanique, il précipite la chute des poussières atmosphériques, que le courant emporte ensuite en partie; d'un autre côté, on ne saurait admettre que les germes puissent être détruits par le spray dans le nuage de vapeur : son action ne peut se produire que sur la plaie, dans la mince couche de liquide qui la baigne.

L'irrigation paraît donc plus avantageuse. La pulvérisation présente d'ailleurs de nombreux inconvénients : elle est incommode pour le chirurgien, auquel elle cache plus ou moins les parties; pour les aides, qu'elle mouille; pour les malades, qu'elle expose à des refroidissements excessifs, à des complications pulmonaires; elle exige enfin des appareils coûteux, d'un entretien difficile et qu'on ne peut guère utiliser que dans les hôpitaux. Pozzi, Bœckel, Trendelenbury, Volkmann, etc. ont supprimé la pulvérisation phéniquée et n'ont pas vu diminuer le nombre de leurs succès. A la clinique de Montpellier, on emploie en général le spray; mais il nous semble qu'on ne peut guère compter sur son action, car, par suite des mouvements ou des déplacements du chirurgien ou des aides pendant l'opération, ceux-ci reçoivent bien souvent le jet, et non le malade. On a soin, d'ailleurs, de faire des lavages phéniqués sur la plaie. En somme, le spray peut être le plus souvent remplacé par des irrigations fréquentes, faites avec prudence pour éviter une absorption trop considérable.

Un point très-important de la méthode, c'est le drainage, qui permet l'écoulement des liquides, dont la rétention, nous l'avons vu, présente d'immenses dangers. Il faut bien savoir que les plaies touchées par les antiseptiques puissants produisent, pendant les premières heures, une certaine quantité de sérosité qui diminue rapidement ensuite, et dont l'issue hors de la plaie doit être assurée. C'est, d'ailleurs, surtout pour cette sérosité qu'est fait le drainage; car il n'y a de vrai pus, avec la méthode antiseptique, que quand elle a échoué. Le drainage peut être fait avec des tubes en caoutchouc ou des crins de cheval. Nous posons en règle générale que le drain sera volumineux. Le caoutchouc devra être assez fort, assez épais, pour n'être pas écrasé par la pression des tissus ou du pansement, d'autant plus que le séjour prolongé

dans l'acide phénique en diminue la résistance. Le caoutchouc gris, à odeur sulfureuse très-prononcée, ne doit pas être employé ; le rouge et le noir sont plus purs et moins susceptibles d'altération. Le drain traversant la plaie nous paraît mieux assurer l'écoulement des liquides que les bouts de drains préconisés par Lister, et n'avoir pas plus d'inconvénients. On devra, dans tous les cas, le bien fixer, de façon à ce que les mouvements du malade ne puissent le déplacer ou le faire sortir de la plaie.

Les drains en crins de cheval paraissent offrir quelques avantages. Des expériences ont démontré qu'à volume égal, ils laissent écouler plus de liquide que le tube en caoutchouc ; on se les procure facilement et sans frais ; on peut enfin en diminuer insensiblement le calibre. La préparation qu'on doit faire subir aux crins est bien simple : après les avoir lavés dans une solution forte de soude ou de potasse, pour les débarrasser des corps gras qui adhèrent à leur surface, on les conserve dans une solution phéniquée.

Nous ne dirons rien des drains en catgut, en os décalcifié de Neuber, etc., qui ne paraissent pas être bien entrés dans la pratique et que nous n'avons jamais vu employer.

Le drain, quelle que soit sa nature, devra être mis dans les parties les plus déclives, et, lorsque les lambeaux très-étendus sont rapprochés et que leur forme prédispose à la rétention, comme cela arrive par exemple dans les ablations de tumeur du sein avec incision transversale, il nous semble indiqué de pratiquer une contre-ouverture à la base du lambeau inférieur, pour y placer un drain. Le drainage sera fait surtout avec soin lorsqu'on aura fait des sutures profondes. En somme, nous considérons le drainage préventif comme devant être la règle dans toute solution de continuité qu'on réunit ; ce n'est que dans le cas de plaie de peu d'étendue et surtout peu profonde, ou encore quand l'écoulement des liquides pourra se faire naturellement tout seul, qu'on pourra ne pas mettre de drain.

Dans le pansement ouato-phéniqué, nous avons vu que la gaze n'était pas employée, si ce n'est sous forme de bandes, ce qui permet de

supprimer en grande partie l'action irritante que possède le pansement de Lister, et qu'il doit surtout à la préparation des gazes phéniquées, à la résine, à la paraffine, qui entrent dans leur confection. Destinée à dégager des vapeurs phéniquées et à neutraliser les liquides sécrétés par la plaie, cette gaze nous semble donc avantageusement remplacée par le coton trempé dans l'acide phénique.

Tout dans le pansement de Lister, a-t-on dit, favorise la réunion immédiate des plaies, cet idéal de la chirurgie ; tout, excepté le renouvellement obligé du pansement pendant les premiers jours. Le pansement ouato-phéniqué mérite bien moins ce reproche. En employant une couche épaisse de coton sec par-dessus le coton phéniqué, nous répondons à ces deux idées : détruire les germes au passage, les empêcher d'arriver ; nous associons les pansements de Lister et de Guérin. « Ces deux merveilleux agents de guérison, a dit Verneuil, sont faits non pour être opposés l'un à l'autre, mais pour s'entr'aider et se compléter. » Avec ce pansement, nous obtenons une compression douce, élastique, uniforme, inépuisable, facilitant le rapprochement, aidant la sortie des liquides, maintenant la plaie à une température constante et dans un repos absolu et la mettant à l'abri des causes extérieures d'irritation. Enfin on n'est point obligé de le changer dans les vingt-quatre heures, comme celui de Lister ; on peut le laisser en place trois, quatre jours et plus, selon le cas. On a bien dit que, si on laisse un pansement en place plusieurs jours, on ne peut exercer de surveillance locale et on s'expose à laisser passer inaperçues certaines complications ; mais nous savons que toute complication importante, survenant dans une plaie, réagit sur l'organisme entier, se révèle d'abord par la température et produit une douleur forte et persistante. Le facies, l'état général, indiqueront toute hémorrhagie grave ; on examinera avec soin les ganglions lymphatiques venant de la région blessée, car ils se tuméfient et deviennent douloureux à la moindre complication inflammatoire locale. « Au reste, dit Verneuil, il ne faut pas s'exagérer les avantages de cette surveillance locale et journalière tant vantée. S'il est vrai que les plaies prennent mauvais aspect quand éclate une complication, il

faut reconnaître d'abord que le fait n'est pas constant, et qu'ensuite l'élévation de la température précède, dans l'immense majorité des cas, les modifications locales. C'est en vain qu'on regardera une blessure la veille du début de l'érysipèle, de la lymphangite, du phlegmon, de l'hémorrhagie secondaire. On n'y verra rien, ou du moins pas grand'chose; on sera beaucoup mieux renseigné par une enquête minutieuse des grandes fonctions et l'exploration thermométrique. » Tous les jours, on examinera avec soin le pansement; on verra s'il n'y a point de taches de sang, de sérosité ou de pus, et s'il n'exhale pas d'odeur. De toutes ces notions on tirera l'indication de laisser ou de changer le pansement. M. Ollier a remarqué un fait thermométrique intéressant, dans le renouvellement des pansements. Toutes les fois qu'il a remplacé un bandage ou un pansement en cédant aux sollicitations du malade et sans indication sérieuse, il y a eu ensuite élévation de la température; il y avait abaissement, au contraire, toutes les fois que ce renouvellement était fait pour répondre à une indication précise.

M. Tédenat utilise aussi souvent l'iodoforme, concurremment avec le pansement ouato-phéniqué. On se sert pour cela d'un soufflet qui projette la poudre en couche très-mince sur les lèvres de la plaie réunie, ou sur les points du trajet du drain, devenus accessibles quand celui-ci a été enlevé. Ce corps est éminemment antiseptique, préserve de toute transformation putride, calme généralement les douleurs, active la cicatrisation, possède une action lente et prolongée, possède des propriétés particulières contre les processus fongueux et tuberculeux et, par conséquent, constitue un précieux adjuvant du phénol, dont l'action antiseptique est de courte durée, et qui retarde le processus de réparation par sa présence longtemps prolongée. Mosetig a prétendu qu'en associant le pansement de Lister et l'iodoforme, on amenait par l'acide phénique le dégagement de l'iode et on favorisait ainsi les intoxications. Cette opinion n'est guère adoptée. Billroth, Mikulicz, Marc Sée, Langenbeck, etc., n'ont point constaté d'inconvénients à combiner les lavages phéniqués à l'iodoforme.

Lorsque toutes les conditions dont nous venons de faire une étude

succincte seront remplies, on laissera le pansement en place le plus longtemps possible ; nous avons déjà vu de quels faits le chirurgien tirera l'indication du renouvellement. Tous les jours, on fera des pulvérisations phéniquées sur le pansement, ou l'on y appliquera des compresses trempées dans la solution antiseptique. Cette précaution sera surtout utile lorsque des taches produites par le suintement des liquides de la plaie seront visibles à l'extérieur. On changera enfin le linge, les objets de literie, etc., toutes les fois qu'ils auront été souillés.

Tous les soins, toutes les précautions du premier pansement, seront appliqués à tous les autres. Le spray sera alors utilisé plus facilement que pendant l'opération ; la plaie sera bien examinée et on tiendra compte des phénomènes qu'elle présentera : rougeur, tuméfaction, douleur à la pression, tension, etc. Cet examen local, joint à l'appréciation de l'état général, permettrait, dans les cas d'insuccès, d'enlever les sutures assez tôt pour que la tentative de réunion ne produise aucun inconvénient sérieux. A chaque pansement, Lister enlève les bouts de drain qu'il emploie, les nettoie, les raccourcit au besoin et les replace; il recommande de ne pas injecter le liquide dans la plaie, de peur de l'irriter, et d'exercer sur les lambeaux une pression désavantageuse pour l'adhésion. Cette pratique n'est pas suivie à Montpellier.

Le drain traverse la plaie et reste en place, quand on refait le pansement. Les lavages phéniqués qu'il permet de faire ne nous ont jamais paru nuisibles ; pratiqués avec douceur, ils ne peuvent détruire ni gêner la réunion, écarter les lèvres de la plaie, et, s'ils produisent une irritation légère, ils ont l'avantage de procurer une antisepsie plus complète et plus sûre.

Quand doit-on enlever le drain? Il n'est point en cela de règle fixe. L'état de la plaie, la nature des liquides qui en sortent, la couleur et l'aspect des bourgeons charnus, visibles aux points d'entrée et de sortie, guideront le chirurgien. Lorsqu'on aura employé un tube en caoutchouc d'un très-gros volume, il pourra parfois être utile de le remplacer par un plus petit, si l'on ne veut pas priver brusquement la

plaie du drainage. Dans tous les cas, lorsque celui-ci n'aura pas été supprimé de très-bonne heure, la cicatrisation se fera rapidement et la guérison définitive n'aura guère été retardée. L'iodoforme trouvera alors un emploi utile et viendra exciter la vitalité des bourgeons charnus, que l'action prolongée de l'acide phénique pourra avoir diminuée.

Après avoir passé en revue les principales conditions qui permettent ou favorisent la réunion par première intention, conditions dont le nombre est trop grand pour qu'il nous ait été possible d'en faire une étude complète, nous devons reconnaître que la plupart d'entre elles dépend surtout du chirurgien. Avec l'utilisation de la méthode antiseptique, l'influence du milieu, cause de la plupart des désastres, a presque complétement disparu, et la réunion immédiate, rendue plus facile et à peu près sans danger, largement étendue dans le domaine de ses applications, mieux appréciée dans la valeur de ses résultats, est devenue la règle même dans les grands hôpitaux et a conquis les faveurs de presque tous les chirurgiens.

# CHAPITRE V

## FAITS CLINIQUES DE RÉUNION IMMÉDIATE. — APPRÉCIATION. — CONCLUSIONS

Après avoir exposé dans les chapitres précédents les avantages de la réunion immédiate et les règles qu'on doit suivre pour l'obtenir, il nous reste à fournir les preuves cliniques, sans lesquelles une méthode thérapeutique, si rationnelle et si séduisante qu'elle soit, ne peut avoir de réelle valeur. Nous diviserons nos observations en trois séries, selon que les plaies ont siégé à la tête, au tronc ou aux membres, nous réservant de rapprocher ensuite les cas qui présenteront entre eux des rapports intéressants, quoiqu'il s'agisse de régions différentes.

Nous ferons remarquer que les observations suivantes n'ont pas été choisies; nous rapportons en série tous les cas que nous avons vu M. Tédenat opérer. La réunion immédiate a été tentée toutes les fois qu'il y a eu la moindre chance de succès.

### PLAIES DE TÊTE

**Observation I** (communiquée par M. Tédenat)

Myxome sous-périostique du frontal. — Ablation. — Rugination de l'os. — Réunion immédiate

Le 8 août 1881, S....., bourrelier à Lunel, entra dans le service de M. le professeur agrégé Tédenat, à l'hôpital Saint-Eloi, pour une

tumeur occupant la région frontale. Il était envoyé par le docteur Médard, avec les renseignements suivants :

« Agé de 46 ans, gros et lymphatique, S..... s'est toujours bien porté. Ni syphilis, ni rhumatisme, ni scrofulides. Rien à noter du côté de la famille. Il y a cinq ans, il constata l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noisette, située un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade sourcilière gauche. Immobile, indolore, cette tumeur atteignit en peu de temps le volume d'une olive, puis resta à peu près stationnaire pendant deux ans environ. Alors elle grossit rapidement, se dirigeant vers la paupière, dont elle gêna les mouvements. A ce moment, le malade crut y constater une certaine mobilité. Il y a dix-huit mois, une opération fut faite par le docteur Vedel; mais, peu de temps après, la tumeur était aussi grosse qu'avant. Ses dimensions augmentèrent très-rapidement, et, au mois d'avril 1881, elle avait le volume d'une grosse noix, appliquée par son plan de coupe au-dessus de l'arcade sourcilière. Molle, vaguement lobulée, peu ou point mobile, elle refoulait la paupière supérieure, distendait la peau, un peu rouge mais mobile. Rien à noter du coté des ganglions lymphatiques; état général excellent; douleurs légères. »

A son entrée à l'hôpital, le malade déclare que sa tumeur a beaucoup grossi depuis quelques semaines. Elle forme une saillie lobulée, molle, immobile dans toute sa partie supérieure, un peu mobile en bas, où elle refoule la paupière au-devant du globe oculaire. Elle a 7 centimètres dans le sens vertical, 5 centimètres dans le sens transversal. A sa partie moyenne, elle forme une saillie variant de 2 à 4 centimètres, selon les points; à la périphérie, elle s'aplanit peu à peu et se fusionne avec les parties voisines. La peau qui la recouvre est rosée, mais parfaitement mobile. De temps en temps, douleurs légères; les ganglions sont sains; la santé générale est bonne.

La mobilité de la peau sur la tumeur nous indique que le néoplasme siége dans l'os ou le périoste ; comme elle est irréductible et peut être comprimée sans qu'il survienne aucun accident de compression cérébrale, il est certain qu'elle n'a pas perforé les os et ne communique

pas avec la cavité crânienne. Sa consistance molle, sa lobulation font penser à un myxome ou à un lipome; la lenteur de son évolution éloigne l'idée de sarcome.

10 août. — La région est rasée et lavée à l'éther, puis avec une solution phéniquée à 5 °/₀. Incision antépostérieure sur la partie moyenne de la tumeur, intéressant l'aponévrose, respectant le périoste. Les lèvres de la plaie sont éloignées l'une de l'autre par des écarteurs mousses; le périoste apparaît bosselé, mais avec son aspect normal, sauf en bas, où il est remplacé par une portion de la tumeur, grisâtre, molle, de forme cylindroïde, un peu aplatie, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre et pénétrant sous la paupière.

Le périoste est incisé sur toute l'étendue de l'incision de la peau; il fait corps avec le néoplasme. Périoste et tumeur sont facilement décollés de l'os, de chaque côté de l'incision, au moyen d'une rugine; le décollement est poussé jusqu'à 1 cent. environ au delà de la tumeur; puis, au moyen des ciseaux, l'excision est pratiquée dans le périoste sain. L'os est creusé de nombreuses dépressions arrondies, profondes de 1 à 3 millimètres, dont trois suffisantes pour loger un pois et où la tumeur envoyait des prolongements. Il est rouge, saigne peu et paraît sain. Néanmoins il est ruginé de manière à aplanir sa surface, qui, à la périphérie, forme un bourrelet faisant une saillie de 4 à 5 millimètres au-dessus des parties saines. Après un lavage avec la solution phéniquée à 5 °/₀, qui suffit à arrêter le peu de sang qui s'écoule, six points de suture au catgut chronique réunissent les parties molles. Pansement de Lister compressif et sans drain.

13 août. — Il n'y a eu ni douleurs, ni fièvres (temp. maxima, 38°,4). Le pansement est changé pour la première fois. Pas de gonflement, peu de rougeur; la réunion paraît certaine.

17 août. — Depuis hier, tuméfaction de la paupière supérieure, où le malade éprouve quelques élancements. Pansement changé; réunion immédiate parfaite.

19 août. — Petit abcès à la partie externe de la paupière. Il est ouvert. Pansement à la vaseline borique.

23 août. — Guérison complète.

Le 10 mai 1884, la guérison persiste.

*Examen anatomique.* — La tumeur forme une masse lobulée, molle, gris clair, faisant corps avec le périoste. Celui-ci est sain dans toute son épaisseur sur la portion enlevée tout autour de la tumeur. Au niveau du néoplasme, il est plus ou moins aminci et se continue avec lui sans ligne de démarcation précise. Son amincissement est tel au niveau des lobules les plus saillants qu'il faut employer une forte loupe pour en trouver la trace. Le tissu périostique a complétement disparu à l'endroit où le néoplasme se prolonge sous l'aponévrose au delà du sourcil jusque dans la paupière. De la face profonde du périoste partent de minces tractus fibreux, qui cheminent entre les lobules de la tumeur, et sont faciles à distinguer grâce à la disposition fasciculée et à la coloration plus blanche.

Sur des coupes minces, la tumeur est composée de cellules muqueuses à gros noyaux et à longs prolongements ; les unes sont étoilées, les autres allongées. Celles-ci sont les plus nombreuses. Çà et là existent de rares cellules arrondies, à noyau volumineux, à protoplasma granuleux. Sur quelques préparations, notamment sur celles qui portent entre deux lobules, on trouve des travées formées de fibres connectives avec quelques fibres élastiques. Dans les travées existent des coupes de vaisseaux ; elles proviennent manifestement du périoste. En aucun point de la tumeur, il n'existe ni amas de cellules osseuses, ni ostéoplastes isolés. Plusieurs débris d'os enlevés par la rugine ont été, après décalcification, examinés au microscope. Ils avaient leur structure normale, c'est-à-dire qu'en aucun point il n'a été trouvé de cellules muqueuses.

Cette observation est remarquable : 1° à cause de la rareté extrême des myxomes des os plats, des os du crâne en particulier ; 2° à cause de la réunion immédiate de la calotte crânienne avec un os ruginé.

**Observation II** (communiquée par M. Tédenat)

Sarcome du maxillaire supérieur droit. — Résection. — Réunion immédiate.

Le 2 septembre 1882, V. P..., âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, entre à la clinique de l'hôpital Saint-Éloi, salle Notre-Dame, n° 23.

Elle porte dans la région du maxillaire supérieur droit une tumeur dont le développement a commencé il y a deux ans.

Tuméfaction de la joue droite, déformation du nez, exophthalmie. La tumeur fait saillie dans la fosse nasale droite. Dents en bon état et solidement implantées.

Le 7 septembre, incision de Nélaton, résection du maxillaire supérieur droit sans accidents, suture des lambeaux. Pansement phéniqué.

La température ne s'élève pas au-dessus de 38°3 et n'est arrivée à 38° que trois fois le soir. Le pansement n'est renouvelé que tous les trois ou quatre jours. La réunion se fait très-bien sur toute l'étendue.

Le 28 septembre, il y a encore de la tuméfaction de la paupière inférieure et de la joue, et une rougeur peu accentuée qui fait craindre l'apparition d'un érysipèle qui règne à ce moment dans les salles.

L'examen de la tumeur montre que c'est un sarcome remplissant le sinus, et implanté au niveau de la fosse canine par un pédicule gros comme le petit doigt. M. Tédenat (leçons cliniques) a vu deux faits semblables, et pense qu'en pareil cas la résection de la paroi antérieure du sinus pourrait suffire à assurer la guérison.

**Observation III**

Carcinome du maxillaire supérieur. — Résection. — Réunion immédiate.

Justine B..., de Sorèze, quarante-neuf ans, entre à l'hôpital St-Éloi le 26 mars 1884, salle des payantes. Bonne constitution. Bonne santé

générale, troublée seulement, il y a quinze ans environ, par une atteinte de rhumatisme. Hypertrophie du cœur et souffle à la pointe et au premier temps. Dans son jeune âge, la malade a beaucoup souffert des dents. Carie et chute de plusieurs. Celles qui restent sont en mauvais état, jaunes et à bord libre irrégulier.

Tumeur siégeant au niveau du maxillaire supérieur droit. Le début remonte à deux ans et s'est produit sans douleur. Un peu de rougeur seulement à la gencive, que la malade remarqua par hasard. Il n'y a qu'un an environ qu'elle a vu et senti une tumeur à la face extérieure du rebord alvéolaire. Depuis, celle-ci n'a pas cessé de croître, mais toujours sans douleur et sans apporter de gêne à la mastication. L'aspect extérieur de la joue ne présente d'anormal qu'une saillie considérable. A la pression, on sent une tumeur dure, rénitente, ne crépitant pas et non douloureuse. Si l'on examine la tumeur par la bouche, on voit qu'elle occupe à peu près complétement toute la moitié droite du rebord du maxillaire, auquel il ne reste que les deux incisives et la dernière molaire. La tumeur a une teinte rouge vineux, et correspond par son bord inférieur à un plan horizontal passant par le bord libre des dents. Elle remonte en haut jusqu'à 2 cent. environ du rebord orbitaire ; la voûte palatine est envahie jusqu'à la ligne médiane. Pas de ganglions rétrogrades ni sous-maxillaires. On croit à un sarcome.

31 mars. — La malade a pris une potion avec chlorhydrate de morphine 2 cent., et chloral 2 gr. M. Tédenat pratique la résection. Incision de Nélaton. Section de l'apophyse montante, du plancher des fosses nasales et de l'apophyse malaire, faites avec des cisailles et sans difficulté.

Hémorrhagie peu abondante, s'arrête facilement par l'introduction dans la cavité de tampons de coton. Le lambeau est réuni par quelques points de suture entrecoupée, la lèvres par deux points de suture entortillée. Pansement phéniqué.

1er avril. — T. 37°4, 39°. Sommeil dans la nuit. Ni turgescence, ni douleur. Lavages phéniqués. Gargarisme avec : chloral 3 gr., eau de Cologne 15 gr., eau 250 gr.

2. — T. 38°4, 38°.5. On remplace les tampons. Ecchymose sous-conjonctivale à la partie extérieure de l'œil droit. Tuméfaction de la paupière inférieure. Lavages et pansement.

3. — T. 38°, 37°7. Les tampons sont enlevés : joue un peu tuméfiée. Plaie va bien et se réunit. Lavages et pansement.

7. — Points de suture enlevés. Réunion parfaite.

L'analyse histologique de la tumeur a montré que c'était un carcinome.

La malade sort quelques jours après, avec des menaces de récidive.

### **Observation IV** (Résumé)

Sarcomes parostéaux du maxillaire supérieur. — Exophthalmie.— Ablation. — Réunion immédiate.

Jean A..., quarante-six ans. Salle Saint-Éloi, 17. Garde champêtre. Bonne constitution. Il y a deux ans, le malade s'aperçoit de l'existence, au niveau de sa joue droite, d'une tumeur grosse comme une lentille et absolument indolore. — Au mois de janvier 1884, de petits boutons ont apparu au-dessous du sourcil droit, et quelque temps après le malade s'est aperçu que son œil avait grossi. La vue était restée nette, lorsque, le 15 février, étant sur la route, il a eu la sensation de brumes passant devant son œil. L'état de la vue n'a pas changé depuis. A l'examen de l'œil droit, on constate que les vaisseaux de la sclérotique sont très-apparents. Rien de particulier à la cornée. La pupille est parfaitement contractile. L'œil tout entier semble projeté en dehors. La paupière inférieure est fortement tuméfiée et donne à la palpation une fausse fluctuation. Une ponction aspiratrice n'amène pas du tout de liquide. A peu près au milieu de la région du maxillaire siége une tumeur non adhérente à la peau, ayant 3 ou 4 centimètres de diamètre, dure, rénitente, à surface régulière. Autour d'elle sont disposées irrégulièrement plusieurs autres, de volume moindre. Ces tumeurs ne

sont point douloureuses. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas envahis.

28. — Chloroforme. Incision de Nélaton pour la résection du maxillaire supérieur. Chaque nodule est circonscrit au bistouri et enlevé, et le point d'implantation est ruginé, car ils adhèrent au périoste et à l'os. Au niveau de la paupière inférieure, les nodules s'étendaient assez loin en arrière. Recurage complet. Pas d'hémorrhagie. Sutures. Pansement phéniqué.

30. — T. 38°, 38°2.— Paupière tuméfiée. Plaie en bon état. Réunion se fait. Iodoforme et pansement phéniqué.

2 mai.—T. 37°5. Pas de tuméfaction des lèvres de la plaie. Ecchymose sous-conjonctivale, surtout prononcée à la partie externe et inférieure de l'œil. Pansement.

7. — Sutures enlevées. Réunion parfaite. La tuméfaction des paupières et l'ecchymose ont beaucoup diminué.

9. — Céphalalgie toute la nuit. Rougeur érysipélateuse du pourtour des ailes du nez. Pinceau trempé dans solution acide phénique et alcool parties égales.

10.—T. 39°, 40°7.—Chaleur mordicante. L'érysipèle occupe le nez et la joue gauche, et ne paraît avoir aucun rapport avec la plaie, qui est absolument réunie. L'érysipèle persiste assez sérieux pendant cinq ou six jours. Le malade a le soir une température variant de 40 à 40°2.— Le 12 mai, des gendarmes sont venus le faire déposer comme témoin, et, pendant les deux jours suivants, sous l'influence sans doute de l'émotion, il a eu du cauchemar et voyait des gendarmes dans son délire.

Depuis l'opération, l'œil était revenu à sa place et la vision était normale. Vers la fin de la poussée érysipélateuse, un ulcère atonique à fond pultacé jaunâtre se développe au centre de la cornée ; il cède rapidement à l'application de compresses trempées dans une solution chaude d'acide borique à 2 p. 100. La paupière inférieure est un peu adhérente au rebord orbitaire ; la cicatrice est très-peu apparente.

**Observation V** (Résumé)

Polype des fosses nasales. — Extirpation.— Réunion immédiate

Augustin B... quatorze ans, salle St-Éloi, 36. Entré le 10 mars 1884.

Douleur et gonflement, il y a deux ans, au coin de l'œil droit, qui va en augmentant. Point de gêne, respiration facile.

Le malade ne s'aperçoit de l'existence de sa tumeur que parce que la narine droite est imperméable à l'air. Quatre ou cinq mois après le début, un médecin consulté conseille des injections avec décoction de feuilles de noyer et un traitement interne.

Ces conseils sont abandonnés au bout d'un mois. En octobre 1883, hémorrhagies nasales du côté droit, se reproduisant dès lors tous les deux ou trois jours. Bientôt les deux narines sont imperméables. A la fin février, un médecin, consulté, a reconnu l'existence de la tumeur et parlé d'intervention chirurgicale.

Actuellement le nez est dévié à gauche, l'œil saillant est rejeté en dehors. Effacement de l'arcade sourcilière. Le sillon qui sépare le nez de la joue droite a disparu: ces deux parties sont sur un même plan. Saillie rougeâtre obstruant la narine droite. Voûte palatine normale. Ecoulement de mucosités par la narine droite. Les hémorrhagies ont cessé depuis quinze jours. Pas de douleur. Ouïe, déglutition normales.

20 mars. — Injection de morphine. Extirpation par le procédé de Chassaignac. La tumeur est énucléée.

Le pédicule était inséré à la partie moyenne de l'angle supéro-interne de l'orbite. Lavages. Peu d'hémorrhagie. Huit ou dix points de suture entrecoupée.

21. — Fièvre peu intense. Tuméfaction légère. Œil un peu rouge. État général très-satisfaisant. Pansement phéniqué.

La réunion se fait très-bien, et, le 29 mars, le malade sort de l'hôpital.

**Observation VI** (Résumé)

Mlle X... entre, au mois de mars 1884, à la salle Notre-Dame, avec un épithélioma gros comme une noisette et occupant la partie moyenne de la lèvre supérieure. Pas de ganglions pris. Pas de douleurs.

Incision en V. Deux points de suture entortillée. Réunion complète.

**Observation VII** (Résumé)

Elisa B..., c nquante-six ans, salle Notre-Dame, 24. Epithélioma occupant la partie moyenne de la lèvre inférieure. Début il y a cinq ans ; ni douleurs, ni ganglions. Lisse sur la muqueuse. Croûtes sur la face cutanée.

Incision en V, le 17 juin 1884. Deux points de suture entortillée, protective et bande de diachylon.

Le 23, on laisse les fils, mais on enlève les épingles. La réunion est complète.

**Observation VIII** (Résumé)

Femme de soixante-quinze ans. Epithélioma occupant toute la lèvre inférieure, y compris la commissure gauche, jusqu'au rebord inférieur du maxillaire. Opération par le procédé de Berg, bordure muqueuse (procédé de Tripier). Au bout de huit jours, guérison avec une lèvre mobile, ayant tous les caractères de la lèvre normale. (Hôpital Saint-Éloi, octobre 1882. )

**Observation IX**

Epithélioma de la lèvre inférieure et du rebord alvéolaire.— Réunion immédiate.

X... entre, au mois de mars, à la salle St-Éloi, n° 41. Il est âgé de

soixante ans environ et porteur d'un épithélioma qui occupe toute la lèvre inférieure, jusqu'à 2 cent. environ du bord inférieur du menton. Les dents de la mâchoire inférieure ont disparu et tout le rebord alvéolaire est envahi, au moins dans sa face externe. Le bord libre de la lèvre présente de nombreuses ulcérations.

Deux incisions verticales, partant des commissures et réunies par une autre horizontale, suivent le rebord inférieur du maxillaire. Résection du rebord alvéolaire. Les deux incisions verticales sont prolongées jusqu'au niveau des cornes de l'os hyoïde. Le lambeau, ainsi circonscrit et mobilisé, est remonté et suspendu par plusieurs points de suture à la lèvre supérieure. Points de suture de ses bords.

La réunion se fait bien, sauf en un point situé à gauche, qui a cédé au tiraillement du lambeau ; mais, quinze jours environ après l'opération, le malade sort avec une lèvre inférieure de forme assez convenable et lui permettant, en tout cas, de maintenir la salive dans la bouche.

### Observation X

Epithélioma du maxillaire inférieur, de la langue, du plancher buccal. — Résection du corps du maxillaire ; ablation de la langue, du plancher de la bouche.— Mort le sixième jour.

X..., salle St-Jean. Il y a deux ans, ulcération sur les gencives recouvrant la face postérieure du rebord alvéolaire, au niveau des incisives inférieures. Chute des dents après douleurs vives. Extension de l'ulcération vers la langue. Il y a cinq ou six mois, par suite des difficultés de parler et d'avaler, de la sanie abondante et fétide de la plaie et des douleurs, le malade essaya de se suicider. Nouvelle tentative au mois de février 1884.

Actuellement, la peau qui recouvre la mâchoire inférieure est saine, ainsi que le sillon labio-gingival, sauf au niveau du frein, qui est atteint par l'ulcération. Toute la muqueuse qui revêt la face postérieure du maxillaire est envahie d'un masséter à l'autre. Le maxillaire est en-

vahi sur la même étendue. Sur la partie moyenne du plancher de la bouche existe une tumeur bosselée, ulcérée, large de 2 à 3 cent., et se terminant à une caverne cancéreuse creusée dans l'épaisseur de la langue. Infiltration dure jusqu'aux replis glosso-épiglottiques. Le malade persiste à vouloir se tuer, si on ne l'opère pas.

5 mars. — Incision médiocre depuis le rebord de la lèvre jusqu'à l'os hyoïde. Dissection de chaque bord de la plaie jusqu'au voisinage de l'insertion du masséter. Ablation, à droite, de ganglions sous-maxillaires malades. Résection du maxillaire d'un masséter à l'autre. Incision des parties molles du plancher de la bouche, moins la peau, avec le thermo-cautère, en suivant le bord supérieur de l'os hyoïde. Cinq ligatures. Section de la racine de la langue avec l'écraseur et en rasant l'épiglotte. Suture de la peau, sauf dans les 3 cent. au-dessus de l'os hyoïde, où est mis un drain pour permettre l'écoulement des liquides. Le malade a perdu environ 200 gr. de sang.

6. — Le choc dure encore. Alimentation avec la sonde œsophagienne.

8. — Hémorrhagie en nappe, venant surtout de la section osseuse, arrêtée par le thermo-cautère. Le malade avait perdu beaucoup de sang avant l'arrivée de l'interne.

9. — Cris toute la nuit. Hémorrhagie faible, le matin à six heures. Fièvre intense. Diarrhée fétide. Frisson le soir.

10. — État septique avec suintement sanguin diffus.

11.— Mort. Les trois points de suture supérieurs qui réunissaient la lèvre avaient parfaitement pris.

Comme il est parfaitement démontré que des parties de la face, même complétement détachées, ont pu se réunir, il n'y a pas lieu de s'étonner de la facilité avec laquelle on obtient le succès de la réunion immédiate dans cette région. Grâce sans doute à la vascularisation très-grande, l'adhésion se fait, même lorsqu'elle est tentée dans des conditions *à priori* défavorables, et qui seraient en d'autres points une contre-indication. Au crâne comme à la face, toute plaie faite avec

un instrument tranchant, et même la plupart des plaies contuses, s'accompagneraient-elles de décollement, la réunion se fera presque toujours.

L'accusation adressée aux sutures de favoriser ici, et particulièrement au crâne, l'apparition de l'érysipèle, n'est pas fondée. Nous avons déjà parlé, à ce sujet, de l'opinion de M. Rochard, qui a eu l'occasion de voir et de suturer un très-grand nombre de plaies de tête; il est démontré par les faits que l'érysipèle n'est pas plus fréquent, qu'on réunisse ou qu'on laisse la plaie ouverte. Dans l'Observation IV, un érysipèle a apparu pendant la cicatrisation d'une plaie de la face; mais on ne saurait accuser celle-ci, puisque la réunion était faite et la ligne de soudure intacte, alors que les ailes du nez étaient déjà rouges et tuméfiées, puisque l'adhésion s'est parfaitement maintenue.

La tension d'un lambeau, le tiraillement exercé par les fils, pourvu qu'il ne soit pas poussé par un degré extrême, ne seront pas un obstacle. Dans l'Observation VIII, nous avons eu, avec ces conditions, reconstitution du menton et de la lèvre inférieure, qui, malgré le sphacèle d'un point de suture, était très-convenable comme forme et remplissait très-bien son rôle fonctionnel.

Souvent, en raison de la difficulté de le bien appliquer et de le maintenir en place, le pansement phéniqué sera avantageusement remplacé par la poudre d'iodoforme projetée sur la ligne de contact.

En somme, les plaies de la tête guérissent très-bien; la réunion immédiate ne manque presque jamais. On la tentera toujours, sauf dans des cas très-exceptionnels.

## PLAIES DU TRONC

### Observation XI

Cancer du sein. — Ablation. — Réunion partielle. — Mort.

Chambre des payantes. — Hortense J..., quarante-six ans, mariée; deux enfants, dont un mort-né, l'autre nourri par elle. Excellente santé.

Petite grosseur au sein droit, il y a un an, restée stationnaire quelque temps, mais qui, depuis cinq mois, a fait beaucoup de progrès.

La tumeur siége dans la région supérieure et externe, par rapport au mamelon. Elle a de 6 à 8 centimètres sur 12. Mamelon rétracté et ulcéré sur une étendue de 12 centimètres carrés environ. La tumeur a une couleur rouge vineux. Elle est mobile sur les plans profonds. L'induration s'étend au delà de ses limites. Ganglions sous l'aisselle.

30 mai 1884.— Injection de morphine. Chloroforme. Incision circulaire circonscrivant la tumeur, et prolongée dans l'aisselle pour extirper les ganglions. Épaisse couche de graisse. Hémorrhagie insignifiante, arrêtée par compression ou torsion.

Après ablation de la tumeur, la plaie a de 23 à 25 centimètres dans son plus grand diamètre. Le rapprochement complet est impossible. Trois points de suture entrecoupée, faits à chaque extrémité de la plaie, permettent de rapprocher 4 ou 5 centimètres.

La tension étant considérable, on la soutient par un point de suture profonde sur plaque de plomb. Enfin le lambeau inférieur est relevé de 3 centimètres environ par deux points de suture qui le rattachent au plancher de la plaie. Un drain en crins de cheval est mis dans l'aisselle. Pansement ouato-phéniqué, avec immobilisation du bras droit.

31. — T. 38°5, 39°. — Souffre un peu du bras droit. Figure rouge. Sulfate de quinine, 0,50. Limonade vineuse.

1er juin. T. 38°, 38°4. Va bien. Sommeil. Pas de douleur, pas d'odeur au pansement. Quelques nausées. Eau de St-Galmier.

2. — T. 37°4, 38°. Les sutures tiennent; la réunion paraît se faire. Plaie a bon aspect. Pas de gonflement. Lavages. Iodoforme. Pansement.

3. — T. 37°5, 37°6.

4. — T. 37°3, 38°.

5. — T. 38°, 38°5. Presque pas de pus. Pas d'inflammation, pas de tuméfaction. Les points de suture paraissent tenir.

6. — T. 37°6, 38°.

7. — T. 37°3, 38°.

8. — T. 37°6, 38°. Diarrhée hier. Toux dans la nuit. Les points de suture tiennent. Le lambeau inférieur semble fixé; on aperçoit le liséré rouge de la ligne d'adhérence. Un peu de suppuration sur le trajet des fils. Un peu de pus dans le pansement. Les points de suture internes sont enlevés. Rougeur autour des plaques de plomb, qui sont enlevées aussi.

9. — T. 37°7, 38°5. Toussé beaucoup dans la nuit. Très-peu d'appétit. Tisane de chiendent et benzoate de soude, 2 grammes, et eau de menthe.

10. — T. 37°7, 38°6. Toux et subdelirium la nuit. Langue sale, un peu de muguet. Ajouter sirop diacode, 30 grammes à la potion.

11. — T. 37°6, 39°4. La plaie a suppuré; le pus a traversé le pansement. Le point supérieur de l'extrémité interne a lâché, mais seulement dans les parties superficielles. Plaie, bon aspect. Rougeur de tout le côté droit de la poitrine, en arrière de la plaie et du bras. Langue blanche. L'auscultation révèle seulement un peu d'obscurité de la respiration, qui est précipitée. Pansement. Vaseline borique sur les parties rouges. Continuer la potion.

12. — T. 38°, 38°5. Pas de selles depuis cinq jours. Lavement avec infusion de séné.

13. — T. 38°, 38°6. Nuit mauvaise. Toux pénible et fréquente. Le facies n'est pas meilleur. État général mauvais. Muguet. Respiration suspirieuse. La plaie semble vouloir prendre mauvais aspect. Sulfate de quinine, 0,30 centigrammes en trois pilules. Pansement.

14. — T. 38°2, 41°. Facies abattu, grippé. Nuit agitée.

15. — T. 39°, 38°7. État général mauvais. Frisson hier. Toux, respiration très-difficile. Sulfate de quinine, 1 gramme.

16. — T. 38°5. Couleur livide des téguments autour de la plaie. La ligne de réunion a cédé superficiellement. Langue noire. Respiration convulsive. Pansement. Morte à huit heures du soir.

Nous apprenons qu'elle est allée à la selle toute seule, sans se couvrir, et est restée longtemps ainsi sans pouvoir remonter sur son lit. Elle a eu le frisson une demi-heure ou une heure après.

### Observation XII

Carcinome du sein.— Ablation.— Tentative de réunion immédiate.— Insuccès

Salle Notre-Dame, n° 19. Rose C..., quarante-quatre ans, née à Roquebrun, entrée le 21 juin 1884.

Tumeur au sein droit. Le début remonte à deux ou trois mois, époque où les règles ont cessé. D'abord petite grosseur indolente à la partie externe du sein, qui a constamment augmenté de volume. Depuis quelque temps, douleurs la nuit et insomnie.

La tumeur siége à la partie externe du mamelon; elle est dure, bosselée, mobile sur les parties profondes de la poitrine; la peau est mobile sur elle, le mamelon rétracté. Pas de ganglions engorgés.

25. — Chloroforme. M. Tédenat fait une incision sur la partie moyenne de dehors en dedans et un peu oblique en bas. Extirpation avec le bistouri: peu d'hémorrhagie; ligature de deux artérioles. Huit points de suture, pas de drain. Pansement avec immobilisation du bras. Potion avec morphine. — T. 36°7.

26. — Accuse quelques douleurs. — T. 38°2, 39°.

27. — Un peu de rétention de liquides. Drain à l'angle externe. Lavages et pansements. — T. 38°3, 38°4.

1er juillet. — M. le professeur Dubrueil prend le service. Pansement refait. Le drain n'est pas dans la plaie. Rétention de liquides. Contre-ouverture à la base du lambeau inférieur. Point de suture enlevé à la partie moyenne. Drain. Lavages et pansement.

2. — Tous les points de suture sont enlevés. La plaie n'a pas mauvais aspect. Bords peu tuméfiés.

Les jours suivants, on applique une bandelette de diachylon, pour mettre en contact la base du lambeau inférieur avec le plancher de la plaie, qui granule bien et tend à la guérison, avec la marche normale de la cicatrisation d'une plaie ouverte.

### Observation XIII

Cancer du sein (Observation recueillie par M Bertrand).— Amputation totale.— Réunion immédiate.— Guérison.

Pauline C..., de Milhau, âgée de trente-sept ans. Père rhumatisant. Mère bien portante. Sœur aînée morte de phthisie pulmonaire. Deux frères, plus jeunes, bien portants. — P. C..., fortement constituée, s'est bien portée. Accouchement heureux à vingt-cinq ans, a nourri treize mois sans jamais souffrir du sein. Il y a un an, elle s'aperçut d'une tumeur dure développée dans le sein droit. La tumeur augmentant, elle consulte M. Tédenat, le 5 juin 1881. Etat général bon ; tumeur du volume d'un œuf de poule, rétractant le mamelon, sans ulcération à la peau, sans ganglions dans l'aisselle; pas d'adhérence au grand pectoral.

Le 8 juin. — Opération, avec précautions antiseptiques, par incision elliptique longue de 10 centimètres, large de 5 à sa partie moyenne. Dissection de la tumeur facile ; l'aponévrose du grand pectoral est mise à nu. Six ligatures au catgut chromique, trois sutures profondes sur plaques, neuf sutures superficielles, toutes au catgut. Pansement antiseptique compressif avec immobilisation du bras.

9. — La malade va bien. T. 37°6 et 38°2.

11. — La malade va bien et souffre peu. T. 38°2 hier soir, 36°9 le matin. Pansement changé : peu de gonflement, peu de rougeur, pas de pus.

14. — La malade a continué à bien aller ; la température n'a jamais dépassé 38°2. Pansement changé. Réunion faite.

18. — Réunion complète.

### Observation XIV (communiquée par M. Tédenat)

Hernie inguinale. — Pincement latéral. — Kélotomie. — Réunion immédiate

Jean Dor..., âgé de soixante-neuf ans, fortement constitué, n'a eu

d'autre maladie que des accès de fièvre intermittente. (Il habite, dans la commune de Lattes, une campagne où la *malaria* est endémique.)

Depuis une quinzaine d'années, il est porteur d'une hernie inguinale droite, maintenue constamment par un bandage et restée très-petite.

Le 3 janvier 1884, le ressort du brayer étant rompu depuis quelques jours, la hernie est sortie, dans un effort, un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire, et le malade n'a pu la réduire. Quelques heures après, elle est devenue douloureuse. Le docteur Vincent, appelé le lendemain matin, 4 janvier, n'a pu la faire rentrer; comme le malade rendait des gaz abondants par l'anus et des matières solides, il a conseillé l'application de pommade belladonée et un spica compressif. Dans l'après-midi, douleurs dans le ventre, sans ballonnement ; nausées légères ; pouls rapide, petit; facies grippé. A 5 heures du soir, je vois le malade avec le docteur Vincent. Le pouls est à 120, petit; le facies grippé, la température plutôt abaissée, nausées rares, hoquet fréquent et pénible. Le ventre n'est pas ballonné, mais il est douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. La hernie, dure, a le volume d'une noix et est plaquée contre l'orifice inférieur du canal inguinal; elle est le siége de douleurs spontanées vives, qu'exagère la moindre pression. Le malade a eu des selles liquides assez abondantes et des émissions gazeuses par l'anus, ayant trop de sonorité et de *tenue* pour qu'on puisse-admettre la non-perméabilité de l'anse herniée. Je crois donc à un pincement latéral; mais, en présence de la gravité de l'état général, je conseille l'anesthésie, et, si le taxis ne réussit pas, la kélotomie immédiate.

Rentrés à Montpellier à 6 heures, nous repartons à 7 heures et demie, accompagnés de MM. Maquet, Lognos, Marty, étudiants en médecine. L'état du malade s'est aggravé; il a eu deux grosses selles cholériformes depuis notre départ et commence à délirer.

Anesthésie : taxis soutenu, fait sans succès.— kélotomie : sac épais, contenant une cuillerée à dessert de liquide rosé et des fausses membranes. Collet très-étroit, débridé sur la sonde cannelée. Anse incomplète d'intestin rouge sombre, ecchymotique; le sillon de pincement

latéral est profond et exulcéré par points. Lavage phéniqué, réduction, suture du collet et du quart inférieur du trajet inguinal. Excision du sac : suture des parties superficielles (les sutures sont faites avec du catgut chromique).

Pansement phéniqué. Potion avec 3 centigr. de chlorhydrate de morphine, 0,60 cent., à prendre dans la journée, pendant deux ou trois jours, en raison des accidents palustres antérieurs.

5 janvier. — Nuit bonne. Le matin, le pouls est à 80. Facies reposé; ni hoquet, ni nausées, ni douleurs.

6. — État du malade, excellent.

7. — Va très-bien. Le pansement est renouvelé. La réunion paraît faite.

9. — Réunion faite, sauf à la partie supérieure, où elle a manqué sur une longueur de 1 centimètre ; mais là il n'y a pas de suppuration. Le malade va très-bien, prend du lait et du bouillon.

14. — Guérison complète.

Le 10 juin 1884, le malade n'ayant pas porté de bandage depuis l'opération, les efforts violents de toux déterminent une légère saillie à un centimètre environ de la cicatrice, déprimée en dedans. Je conseille l'usage d'un brayer.

### **Observation XV** (communiquée par M. Tédenat)

Hernie crurale étranglée. — Kélotomie. — Réunion immédiate. — Procédé nouveau de cure radicale.

Le 20 mai 1883, à 1 heure de l'après-midi, le docteur Kleinschmidt m'invita à voir M^me^ R..., atteinte d'une hernie crurale étranglée depuis le 18 au soir.

La malade, âgée de soixante-huit ans, de tempérament lymphatico-sanguin, fortement constituée, a toujours eu bonne santé. Sa hernie date d'une vingtaine d'années et a été assez irrégulièrement maintenue par un bandage. Depuis quelques semaines, le brayer n'étant pas porté, la

hernie sortait le jour, rentrait habituellement la nuit. A la suite d'un effort fait l'avant-veille dans la soirée, elle est sortie un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire et n'a pas pu être réduite. Dans la nuit, quelques douleurs ont apparu dans le bas-ventre. Le 19 au matin, nausées; la malade se lève dans la journée; le soir, vomissements alimentaires. Le 20 au matin, vomissements fécaloïdes, quelques hoquets; ventre ballonné, peu douloureux. Le docteur Kleinschmidt, appelé à voir la malade, ne réussit pas à réduire la hernie.

Le 20 mai, à 1 heure de l'après-midi, je trouve au-dessous de l'arcade crurale une tumeur dure, du volume d'un petit œuf de poule. Son grand axe, dirigé en bas et en dedans, se termine en dehors au voisinage de l'artère fémorale. Elle paraît divisée en deux lobes latéraux; l'externe est plus gros et plus saillant que l'interne. Les selles et les émissions gazeuses sont supprimées depuis le 18 dans la soirée; le facies est grippé; le pouls petit, régulier, à 120; la température plutôt abaissée; le ventre ballonné, douloureux à la pression. Le diagnostic n'est pas douteux. Je conseille d'anesthésier la malade, de tenter un taxis modéré, et, s'il ne réussit pas, de pratiquer la kélotomie. Le docteur Pezet est chargé d'administrer le chloroforme. La kélotomie est pratiquée.

Sous la peau, capsule graisseuse, entourant régulièrement une petite anse complète, qui s'est portée en dehors et est fortement serrée par un orifice arrondi, fibreux, du *fascia cribriformis*. Cet orifice est débridé, et, après incision plus large du sac, je constate que cette anse passe en dehors du ligament de Gimbernat. Elle est appliquée contre son bord, très-facile à sentir. De plus, à travers la partie moyenne du même ligament passe une anse incomplète, du volume d'une noix, fortement serrée et très-congestionnée, d'un rouge sombre. L'orifice situé à travers le ligament est débridé à la fois en bas et en dedans sur la partie herniée. Je constate un sillon profond non ulcéré, qui occupe les deux tiers environ du pourtour de l'intestin; la grosse anse externe, moins serrée, est aisément libérée par une incision en bas et en dedans, et l'intestin est attiré au dehors. Il est facile de voir, grâce aux sillons

de constriction, la disposition des parties étranglées ; le segment, atteint de *pincement latéral*, est situé à 5 centimètres de distance du sillon d'étranglement de l'anse complète. Après lavage phéniqué, la réduction est opérée sans difficulté. Cela fait, je tente d'oblitérer les orifices de sortie, de façon à obtenir une cure radicale. Le sac est suturé au catgut (deux points pour la partie moyenne correspondant au trou qui traverse le ligament de Gimbernat, quatre points pour la partie correspondant au bord externe du ligament). La suture est faite aussi haut que possible ; la portion située au-dessous est excisée avec les ciseaux ; la partie suturée est repoussée à l'intérieur. Alors trois points de suture sont appliqués à l'orifice créé par la hernie à travers le ligament de Gimbernat. Pour fermer la partie interne de l'anneau crural, je fais une incision transversale sur la partie interne de l'aponévrose du muscle pectiné, à 2 centimètres environ de la ligne d'insertion du ligament. Cette aponévrose est disséquée de bas en haut jusqu'à son insertion supérieure, et suturée au ligament de Gimbernat et au bord inférieur de l'arcade crurale par cinq points. Suture de la peau. Pansement phéniqué compressif. Potion avec 4 centigram. de chlorhydrate de morphine.

21 mai. — Nuit bonne, sans douleurs, sans vomissements, sans nausées. Le ventre n'est pas ballonné ; il n'y a pas eu de selles ; mais des émissions de gaz par l'anus démontrent la perméabilité de l'intestin.

22. — Etat de la malade excellent. Potion continuée. Lait.

23. — Pansement changé. Pas d'inflammation appréciable. Pas de douleur. Pouls à 80. Lait.

24. — La malade va très-bien. Une selle dans la matinée. Pas de douleur. Pouls à 84, le soir. Temp., 38°2.

26. — Pansement changé. Légère tuméfaction au niveau du siége de l'opération ; pas de ballonnement du ventre. La réunion paraît faite.

30. — Tout s'est bien passé depuis le 26. La tuméfaction a diminué et est très-minime. Réunion complète sans une goutte de pus.

Jusqu'au mois de juillet 1884, c'est-à-dire pendant neuf mois, il n'y a pas eu de trace de hernie, bien que la malade, se croyant pour tou-

jours à l'abri d'une récidive, n'ait pas porté de bandage. Mais, à cette époque, j'ai constaté que des efforts violents de toux déterminaient l'apparition d'une tumeur extrêmement petite, probablement formée par l'intestin. La cicatrice est fortement rétractée et enfoncée; néanmoins la reproduction de la hernie m'a paru incontestable, et j'ai conseillé à la malade de porter un bandage.

**Observation XVI** (communiquée par M. Tédenat. —Résumé)

Tumeur du pli de l'aine droite, pesant 1,600 gr.— Ablation.— Réunion immédiate.

Jean M..., cinquante-huit ans, chaudronnier, à Lodève. Lymphatico-sanguin; santé toujours bonne. Le malade présente sous le pli de l'aine droite une tumeur dont le début remonte à sept ou huit ans, et qui a progressivement augmenté de volume sans jamais provoquer de douleurs. Allongée de haut en bas depuis l'arcade curale, sur une longueur de 15 cent., large de 8 en moyenne, bosselée, molle par points, dure en d'autres, n'adhérant pas à la peau, qui a conservé sa mobilité et sa coloration normales, formant une énorme saillie appréciable à la vue, à travers les vêtements.

Le 15 mars 1881, je pratique l'opération, avec l'aide des docteurs Rouquette et Tédenat père. Lavage phéniqué. Chloroformisation. Incision longitudinale de la peau sur une longueur de 12 cent.; dissection des lèvres de l'incision. Enucléation de la tumeur, qui est sous-aponévrotique et envoie un prolongement du volume d'un œuf de poule sous l'artère fémorale. Hémorrhagie presque insignifiante. Cinq artérioles de petit calibre sont liées au catgut. Excision d'une languette de peau, large de 3 cent., sur toute la longueur de l'incision. Douze points de suture métallique. Pansement phéniqué compressif.

Le docteur Rouquette trouve le malade sans fièvre et sans douleur, le 16 et le 17 novembre. Il change le pansement le 18: pas d'inflammation, pas de pus. S'étant absenté le 19 et le 20, il trouve le malade dans son atelier, en train de surveiller les ouvriers, le 21. Malgré les mou-

vements, il put s'assurer, en changeant le pansement, que la réunion était primitive et complète. Le 24 novembre, je revis le malade, qui était absolument guéri.

La tumeur pesait 1,600 gr. et était un fibro-lipome avec lobes de myxome.

### Observation XVII

Hématocèle de la tunique vaginale. — Réunion immédiate.

Jean F..., soixante-deux ans, salle St-Jean, n° 7, entré le 15 mars 1884. Constitution bonne, excellente santé générale. A l'âge de quinze ans, il prend une hernie inguinale, qui a augmenté depuis notablement. Le malade n'a jamais porté autre chose qu'un suspensoir et a continué à se livrer à des travaux pénibles. Il y a quatre ans environ, il a constaté que son testicule paraissait grossir, mou d'abord, puis durcissant en même temps qu'il augmentait de volume. Il ne se rappelle pas avoir reçu de contusion sur les bourses.

Actuellement, le malade présente du côté droit de ses bourses une augmentation de volume considérable. La bourse droite présente la forme d'un ovale, dont le diamètre vertical est de 20 cent. environ et le transversal de 10 à 12. La tumeur se compose de deux parties : une supérieure, diffuse, molle, qui gargouille et peut être rentrée, au moins en grande partie, dans l'abdomen à travers l'anneau inguinal ; l'autre piriforme, inférieure, non transparente, sans fluctuation franche, sans sensation parcheminée, non douloureuse et à surface légèrement bosselée. En parcourant toute la tumeur, on trouve à l'extrémité inférieure une petite masse un peu molle, étalée, semi-fluctuante, donnant la sensation spéciale au testicule. Celui-ci est un peu aplati, semble renfermé dans une cupule formée par la tumeur, et, quoiqu'il ne soit pas mobile sur elle, on sent nettement le sillon qui l'en sépare. La peau des bourses n'a pas de coloration anormale.

18 mars. — Chloroforme. Incision tout le long de la tumeur. On

arrive sur le sac herniaire et sur la tunique vaginale, qui présentent des adhérences. Celles-ci sont rompues, l'hématocèle et le testicule enlevés. Le sac est ouvert en bas; la cure radicale de la hernie ne peut être obtenue, à cause des adhérences et de la largeur de l'ouverture. Ligature du cordon. Suture au catgut du sac herniaire. Suture du scrotum: les fils de suture sortent par l'extrémité inférieure. Pansement phéniqué.

19. — T. 37°4, 38°3. A pris hier soir potion calmante. Pas de douleur.

22. — 37°8, 38°2. Le lavage ne fait pas sortir de pus. Lèvres de la plaie accolées et non tuméfiées. La réunion paraît se faire. Rougeur des bourses. Iodoforme et pansement phéniqué.

24. — T. 37°3, 38°. Les fils de suture sont enlevés. La réunion est faite partout, excepté dans les 2 cent. inférieurs par où passent les fils à ligature. Iodoforme. Pansement. Bourses bien relevées par un coussin. Pas de selle depuis l'opération. Un lavement administré hier est resté sans effet. Huile de ricin, 30 gr.

25. — T. 37°5, 39°5. Rougeur et tuméfaction du scrotum. La réunion se maintient. Un peu de toux. Sibilants dans toute la poitrine; expiration soufflante et prolongée au sommet droit. Vibrations augmentées.

26. — T. 38°7, 38°6. Hoquet depuis hier soir; pas de douleur dans le bas-ventre à la pression. Bourses tuméfiées, dures. La réunion se maintient. Pansement. Frictions mercurielles sur le bas-ventre. On recommande de tenir les bourses bien relevées par un coussin, précaution qui avait été négligée.

28. — T. 38°4, 38°7. Diarrhée, hoquet, bourses très-tendues, langue très-rouge. Potion avec morphine, 3 centig. Frictions mercurielles et cataplasme. Pansement. Collutoire avec borate de soude, 8 gr.; glycérine, 60 gr.; teinture benjoin, 20 gr.

29. — T. 38°5, 39°3. P. 120. R. 25. Pas de douleur au bas-ventre. Céphalalgie, nausées; pas de vomissements; un peu de délire; voix rauque. Même traitement. Les fils à ligature sont tombés.

31. — T. 38°6, 38°7. P. 92. R. 20. Hoquet diminue; moins de tension aux bourses. Ventre souple et non douloureux. Gargarisme avec eau de chaux.

3 avril. — 38°, 37°7. P. 80. Encore un peu de hoquet. Vomi une fois dans la nuit. Ventre non douloureux.

4. — T. 37°, 37°5. Un peu de diarrhée. Iodoforme. Ni hoquet, ni nausées.

5. — T. 37°2, 37°5.

7. — Plus de fièvre. Tuméfaction des bourses a à peu près disparu.

10. — Le malade va bien; mais s'ennuie à l'hôpital et refuse de manger. Il sort. La plaie est toute cicatrisée; la réunion s'est toujours maintenue.

### **Observation XVIII** (Résumé)

Hydrocèle de la tunique vaginale. — Incision. — Réunion immédiate.

L..., salle Lallemand, n° 1, soldat au 122e ligne, né en 1859, bonne constitution. Pas d'antécédents héréditaires. Deux fluxions de poitrine. Tumeur dans la bourse droite, dont le début a été remarqué, il y a quatre ans. Le malade a toujours continué son travail; mais, depuis qu'il est au régiment, les marches le fatiguent beaucoup. La tumeur est légèrement fluctuante; elle est transparente sur toute son étendue. Cependant le testicule porte une ombre légère, qui n'existe pas dans l'hydrocèle simple.

10 mai 1884. — Incision sur une étendue de 7 cent. environ de la bourse droite et de la vaginale, très-épaissie par points. Evacuation du liquide. Petite nodosité à l'extrémité inférieure du testicule, enlevée. Suture de la vaginale et de la peau par six points avec soie phéniquée. Bout de drain sortant par extrémité inférieure. Pansement phéniqué. Bourses relevées et reposant sur un coussin. T., le soir, 38°3.

11. — T. 38°, 39°7.

12. — T. 39°, 39°3. Sommeil agité. Rêvasseries toute la nuit. Un peu

de douleur hier. A la visite, nous le trouvons abattu, la langue blanche, humide, étalée. L'injection phéniquée par le drain ne fait pas sortir de pus. Légères douleurs sur le trajet du cordon. Bourses un peu tuméfiées; la réunion paraît se faire. Pansement.

13. — Un peu de délire la nuit. Douleur dans les bourses.

14. — Un peu de céphalalgie. Les douleurs de la plaie ont disparu. Bourses rouges, tendues. Pas de pus. Douleur à la pression sur le trajet du cordon. Langue un peu sèche. Trois points de suture sont enlevés; la vaginale a très-bien pris partout, mais la peau a manqué en un point. Lavages phéniqués. Iodoforme. Pansement. Lavement purgatif. Sulfate de quinine, 1 gr.

16. — Le malade est mieux. Le gonflement des bourses, quoique considérable, a diminué. Douleurs sur le trajet du cordon. Injection phéniquée par le drain. Pas de pus. Pas de liquide dans la vaginale. Ne souffre pas. Pansement. Benzoate de soude, 3 gr. Continuer la quinine.

19. — Gonflement bien moindre. Pas de pus. Le drain est retiré. Les accidents inflammatoires se sont localisés aux parties superficielles et sont attribués à la malpropreté des fils. Pansement.

25.— Les bourses sont encore grosses, tendues; néanmoins la réunion est faite et tient bien. La cicatrisation du point de suture sphacélé est terminée. Fluctuation douteuse. Iodoforme, coton et suspensoir.

9 juin. — Abcès à 3 centimètres environ en dedans de la ligne de réunion, ouvert avec la lancette. Lavages et pansement phéniqué.

Les fils utilisés pour la suture étaient restés plusieurs jours exposés à l'air dans la salle d'opérations.

**Observation XIX** (communiquée par M. Tédenat. — Résumé)

Sarcome globo-cellulaire du testicule droit.— Ablation. — Réunion immédiate des deux tiers de la plaie.

Robert A..., trente-six ans, né à Orange, salle Saint-Éloi, nº 47, entré le 4 octobre 1882. Tumeur au testicule droit, ayant commencé le

15 octobre 1881, et du volume d'un œuf d'autruche. Le scrotum présente des veines volumineuses. Ganglions derrière l'arcade crurale et violentes douleurs du plexus lombaire. Teint subictérique.

7 octobre.— Chloroforme. Incision à partir de l'arcade crurale. Ablation du testicule après trois ligatures du cordon très-volumineux. Incision prolongée au-dessus de l'arcade. Ligature de l'épigastrique. Relèvement du péritoine. Ablation de deux ganglions situés en avant des vaisseaux iliaques. Suture de la plaie au catgut et sans drain.

11. — Pas de tuméfaction, pas de douleur. La température a atteint, un soir 39°5. La réunion paraît se faire.

14. — La température est montée une fois à 38°8. Nausées sans traces de péritonite. La partie inférieure du scrotum distendue laisse suinter sang noirâtre. Un peu de sphacèle. Les quatre derniers points de suture sont enlevés. Lavages font sortir quelques débris mortifiés. Iodoforme.

20. — La plaie granule. La réunion est faite dans les deux tiers supérieurs. La cicatrisation de la partie non réunie est complète le 5 novembre, et le malade sort le 20.

**Observation XX** (Résumé)

Phimosis congénital.— Réunion immédiate.

X..., salle Saint-Jean, n° 7, entré au mois de mai 1884. Phimosis congénital. La peau du prépuce dépasse de 4 à 5 centimètres l'extrémité du gland et est très-épaisse. Pas de gêne dans la miction. Coït difficile. Par la palpation, on sent le gland avec sa forme normale et sans bosselures.

Incision dorsale avec les ciseaux d'avant en arrière, jusqu'à la couronne du gland. Matière sébacée dans le sillon balano-préputial et quelques petites concrétions. Incisions transversales de la base de l'incision dorsale au filet. Huit à dix points de suture avec la soie phéniquée. Poudre d'iodoforme. Bourses et verge relevées sur un coussin. Le ma-

lade n'a pas la moindre fièvre ; la réunion s'effectue très-bien, sauf en un point déchiré par le fil. Quinze jours après l'opération, la cicatrisation est complète et le malade sort.

### Observation XXI

Epithélioma de la verge. — Amputation. — Suture du canal à la peau. — Réunion immédiate

Victor D..., cinquante-sept ans, salle St-Jean, n° 8, entré le 2 avril 1884, cinq enfants. Une blennorrhagie, contractée à trente-deux ans, donna lieu à un écoulement très-abondant et fut guérie en peu de temps.

Phimosis congénital. Le fourreau de la verge dépasse de plusieurs centimètres le gland, qu'on trouve à la palpation bosselé et douloureux. La verge a un aspect fusiforme, est longue et un peu tuméfiée. Miction difficile. Le malade, pour uriner, est obligé d'introduire par l'ouverture préputiale, jusqu'à une certaine profondeur, une tige rigide. Mêmes difficultés pour l'éjaculation, qui s'est toutefois produite facilement pendant le sommeil. Depuis trois mois environ, le malade ne peut plus se livrer au coït. Le passage de l'urine provoque un sentiment de cuisson pénible. Écoulement d'un liquide sanieux et purulent. Odeur spéciale.

22. — Chloroforme. Incision d'avant en arrière à partir du pseudo-méat, sur la face supérieure et sur la face inférieure. Le gland, mis à découvert, apparaît entouré de matières sébacées et purulentes, dans lesquelles on recueille plusieurs petits calculs solides et très-durs, du volume d'une lentille. Une sonde en plomb est introduite. Section circulaire de la verge à 0,05 centimètres de la racine avec le bistouri. D'abord incision de la peau et des corps caverneux, qui se rétractent ; puis le corps spongieux et le canal sont sectionnés en avant, de façon à ce qu'après la section, ils dépassent d'un demi-millimètre environ la surface sanglante des corps caverneux. Hémorrhagie légère. Ligature de 5 artérioles. Deux points de suture en catgut réunissent à la cloison fibreuse médiane des corps caverneux. Six points fixent l'urèthre à la

peau, et la muqueuse se trouve ainsi étalée et n'aura pas de tendance à former un bourrelet saillant dans le canal. Poudre d'iodoforme et pas de sonde. Pas de fièvre. Un peu de douleur le soir.

23. — Pas de douleur. Urine facilement. Un peu de gonflement. La réunion se fait. Lavages phéniqués. Poudre d'iodoforme.

28.— Pas de gonflement. Points de suture enlevés. La réunion est faite. Le malade se lève, urine facilement. L'adhésion se maintient et il sort le 3 mai.

### Observation XXII

Epithélioma de la verge. — Extirpation — Duplication du scrotum. — Réunion immédiate

E. B..., de Mirepoix, cinquante et un ans, entré le 18 avril 1884, chambre payante, St-Joseph, 3. Bonne constitution. Pas de maladies vénériennes. Phimosis congénital ne gênant en rien le malade, lorsqu'il y a un an, il constata sur sa verge l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un pois et paraissant siéger entre le gland et le prépuce. Cette tumeur augmenta sans douleur, arriva à gêner la miction, et une fistule s'est établie sur la peau de la verge.

Le 20 août dernier, la circoncision a été pratiquée à Toulouse et la plaie cautérisée. Le malade compare à un chou-fleur l'aspect que présentait alors son gland. Après des cautérisations faites en novembre et en décembre 1883, les trois quarts de la verge se sont détachés et sont tombés vers le 8 janvier. Le malade se croyait guéri, quand au mois de mars est survenu sur la plaie un champignon douloureux, qui grossissait constamment. La verge a à peu près entièrement disparu jusqu'à sa racine. L'urèthre s'aperçoit difficilement. Les ganglions de l'aine ne sont pas atteints.

28 avril. — Chloroforme. Sonde métallique. Incision verticale au-devant de la symphyse et section du ligament suspenseur. Les bourses étant relevées, incision antéro-postérieure sur le raphé, et, les deux bourses étant séparées jusqu'à leur base, on peut atteindre le ca-

nal. Les corps caverneux sont sectionnés sous l'arcade pubienne, après dissection; leur racine n'est pas détachée du pubis. L'urèthre est sectionné un centimètre en avant, légèrement incisé en haut et en bas, et fixé à la peau par deux points de suture latéraux. Hémorrhagie arrêtée par la ligature des corps caverneux. Chaque testicule est enfermé dans sa bourse par des points de suture, et le malade présente en apparence deux grandes lèvres, entre lesquelles se trouve le canal de l'urèthre. Une sonde en celluloïde est mise à demeure. Poudre d'iodoforme. Bourses bien relevées par un coussin.

29. — Un peu de gonflement des bourses, surtout du côté droit. Protective entre les deux bourses. Lavages phéniqués. Poudre d'iodoforme. Pas de douleur. Miction facile.

9 mai. — Fils de suture enlevés. Réunion est faite. Un peu de pus au niveau de la symphyse.

14. — La réunion se maintient. Les fils de ligature sont tombés. Le malade se lève.

21. — Le malade urine sans sonde dans la position verticale, en écartant les bourses. Jet oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Quitte l'hôpital.

Dans les plaies résultant de l'ablation d'une tumeur du sein, le drainage préventif nous paraît particulièrement utile et indiqué. La ligne d'adhésion généralement transversale; des lambeaux plus ou moins larges et toujours décollés sur une assez grande étendue; l'application exacte de leur face profonde contre le plancher de la plaie souvent difficile; le lambeau inférieur constituant une sorte de cul-de-sac naturel : tout dans ces plaies dispose à la rétention des liquides. Voilà pourquoi nous considérons comme une excellente précaution de pratiquer à la base du lambeau inférieur une incision où l'on mettra un drain, qui, situé ainsi dans les points les plus déclives, favorisera parfaitement l'écoulement des liquides, rendra la réunion plus facile, plus fréquente et moins dangereuse, en cas d'insuccès. Nous sommes convaincu que, si ce moyen avait été mis en usage dans le cas rapporté à l'observation XI, la tentative de réunion immédiate n'aurait pas échoué.

Dans les plaies qui siégent sur les bourses, il est quelques précautions particulières à prendre. On ne devra pas se servir de liquides antiseptiques trop forts, car leur seule influence pourrait déterminer l'inflammation des parties. Les bourses reposeront sur un coussin qui les tiendra élevées, qu'on changera toutes les fois qu'il sera souillé et qu'on saupoudrera d'iodoforme. L'heureux effet de cette précaution est démontré par les observations XV et XVI, et particulièrement dans celle-ci, où elle avait été négligée plusieurs jours, malgré les recommandations qu'on avait faites. Enfin, lorsque l'incision atteindra l'extrémité inférieure des bourses, on pourra laisser dans les points les plus déclives 1 ou 2 centimètres sans suture et sans drain; l'écoulement des liquides se fera parfaitement (obs. XV et XVII) (1).

Le pansement phéniqué n'est guère applicable dans les plaies du pénis; il est beaucoup plus simple d'employer la poudre d'iodoforme, comme cela a été fait dans les obs. XVIII, XIX et XX.

### PLAIES DES MEMBRES

**Observation XXIII** (communiquée par M. Tédenat)

Plaie de la face dorsale du poignet. — Ouverture de l'articulation radio-carpienne. — Suture de la synoviale, des tendons et de la peau. — Réunion immédiate. — Intégrité des mouvements de l'articulation.

L. R... vingt-quatre ans, né à Belmont (Aveyron), maître d'études. Tempérament lymphatico-sanguin. Constitution forte. Bonne santé.

(1) Sur 11 kélotomies, M. Tédenat a obtenu 8 fois la réunion immédiate complète sur toute la ligne de suture ; dans un cas, 2 points sur 6 ont cédé. Dans les deux autres cas, la réunion n'a pas été tentée, par suite de la gravité des lésions générales et locales.

Sur 7 castrations, 5 fois réunion immédiate totale, une fois partielle, une fois non tentée par suite des lésions (hématocèle dans laquelle une injection iodique avait produit un phlegmon diffus).

Le 4 août 1883, tenant une carafe à la main, il fait une chute et un bloc de verre fait à la face dorsale du poignet une incision transversale, comprenant la peau, les tendons extenseurs des quatre derniers doigts et ouvrant largement l'articulation. La plaie est très-nette. Les cartilages des os de la première rangée du carpe présentent des indentations, mais il n'y a pas d'éclat de verre dans la jointure.

La plaie et toute la région voisine sont lavées avec la solution phéniquée, à 3 °/₀ . Hémorrhagie insignifiante.

La main étant mise dans la flexion dorsale forcée, nous amenons en bas le bout supérieur des tendons, par des pressions descendantes sur les muscles. Les débridements nécessaires sont faits pour que les bouts des tendons sectionnés puissent être rapprochés, et chacun d'eux est suturé par deux points au catgut chromique. Au préalable, nous avons réuni par une dizaine de points au catgut les lèvres de la synoviale ; sept ou huit points de catgut réunissent les téguments. La main est placée sur une planchette un peu en flexion dorsale. Pansement phéniqué.

12 août. — Depuis l'accident, le malade n'a pas eu de fièvre.

Le pouls n'a pas dépassé 80, et la plus haute température a été 38° ; mais il a éprouvé des irradiations douloureuses vagues vers l'aisselle, l'épaule et la racine du cou. Le malade a mangé et bien digéré. Nous changeons le pansement pour la première fois. Rougeur et léger gonflement de la région opératoire. Pas une goutte de pus, pas de menace d'inflammation suppurative.

20. — Absence complète de fièvre depuis le 12. Douleurs irradiées moins intenses et plus rares. Rougeur presque nulle, gonflement insignifiant, réunion parfaite. Les fils sont résorbés, on ne retire que la partie extérieure à la plaie. Atrophie très-accentuée de tous les muscles de l'avant-bras. Le malade se lève.

28. — Nouveau pansement ; guérison parfaite. Nous pouvons imprimer à l'articulation quelques mouvements sans provoquer de douleur.

Le 1^er^ septembre, le malade part pour la campagne. Nous lui recom-

mandons d'entourer sa main de coton, afin de l'immobiliser et de la tenir à l'abri de toute irritation extérieure. Dans les premiers jours d'octobre, le malade chasse, et sa main jouit de mouvements assez étendus.

Le 5 novembre, il revient à Montpellier, et nous constatons avec MM. Dubrueil, Grynfellt, etc., à qui nous avons occasion de montrer le malade, l'état suivant : Atrophie très-accentuée des muscles de l'avant-bras, dont la circonférence a 3 centimètres de moins que celle du côté sain. Atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar et des interosseux. L'articulation, radio-carpienne jouit de l'intégrité de ses mouvements. Les métacarpiens, au repos, sont dirigés suivant l'axe du membre. La première phalange des doigts est fortement étendue sur les métacarpiens, dont l'extrémité antérieure fait saillie à la face palmaire; les deux autres phalanges sont en état de flexion très-faible. Le malade produit très-bien l'extension complète de la première et de la seconde phalange, mais n'en produit la flexion qu'à demi. Dans ces mouvements, on voit manifestement que la suture tendineuse a réussi; mais il y a quelques adhérences entre les cicatrices cutanées et tendineuses.

Le membre est un peu froid, violacé, et s'œdématie facilement. La sensibilité est un peu obtuse sur la face dorsale de la main et des dernières phalanges. Nous conseillons au malade l'emploi simultané de courants continus et de courants induits, ainsi qu'un léger massage au niveau de la cicatrice, qui est très-régulière.

En mars 1884, ce traitement ayant été suivi, nous constatons que l'atrophie a presque entièrement disparu, ainsi que les troubles circulatoires et sensitifs. La cicatrice cutanée est mobile, la main jouit de tous ses mouvements, et la flexion est assez facile pour qu'il puisse serrer avec force notre index.

**Observation XXV** (recueillie par M. Molinier.— Résumé)

Kyste de la synoviale radio-carpienne. — Excision. — Réunion immédiate.

Mlle Val. S....., âgée de trente ans, lymphatique, très-nerveuse, a depuis trois ans à la face dorsale du poignet, — partie médiane, — une tumeur bilobée, dure, irréductible, qui est le siége de douleurs violentes, s'irradiant jusqu'à la racine du membre et revenant à des intervalles irréguliers. Le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, diagnostique un kyste synovial (mars 1881). Inefficacité de frictions iodiques, compression, ponction sous-cutanée.

Le 10 avril 1882, d'accord avec le docteur Schwartz, M. Tédenat pratique l'opération suivante : bande d'Esmarch, lavage phéniqué, anesthésie locale par glace et sel marin ; incision longitudinale. Excision de la tumeur, composée de trois kystes ayant chacun le volume d'un pois d'Espagne et accolés. Il reste une perte de substance à la synoviale de 1 centimètre et demi en carré. La synoviale est fermée par trois points de suture au catgut. Quatre points de suture pour les téguments. Pansement ouato-phéniqué, avec immobilisation par une attelle palmaire.

11 avril. — Douleurs légères. Pas de fièvre. T. 37°9, le soir.

12. — Même état.

13. — Même état. Pansement: gonflement insignifiant.

17. — Deuxième pansement: réunion complète sans inflammation appréciable.

22. — Guérison. Dans les premiers jours Mlle V. S..... pouvait coudre ; les douleurs n'ont plus reparu (février 1884).

**Observation XXVI** (communiquée par M. Tédenat)

Amputation de l'avant-bras. — Réunion immédiate.

Salle Notre-Dame, n° 5, Marie B....., domiciliée à Marsillargues. Tempérament nerveux, constitution délicate.

Ayant eu la main droite prise dans l'engrenage d'une noria, cette enfant est transportée à l'hôpital Saint-Éloi le 8 septembre 1882.

Le 9 septembre, M. Tédenat pratique l'amputation de l'avant-bras avec un lambeau antérieur et un lambeau postérieur. Suture entrecoupée. Pansement phéniqué. T. 39°2.

11. — Pansement est refait. Le soir, la température est à 39°2.

Le 12 au matin, elle tombe à 37°6, et la fièvre ne reparaît plus.

En seize jours, on fait quatre pansements; la plaie est complétement réunie et l'enfant descend dans la cour.

Le 5 octobre, en s'amusant, elle reçoit un coup sur le moignon. Douleur. Iodoforme. Le pansement est refait. L'accident n'a pas de suites.

Chez cette malade, les lambeaux présentaient de nombreux petits épanchements sanguins, dus à l'arrachement de fibres musculaires. Cette condition défavorable n'a pas empêché la réunion immédiate, grâce sans doute au pansement antiseptique, qui a prévenu la décomposition putride du sang épanché.

**Observation XXVII** (Résumé)

Arthrite fongueuse tuberculeuse du poignet. — Amputation de l'avant-bras. — Réunion complète.

Salle Saint-Éloi, n° 37. — Élie R..., vingt-trois ans, cordonnier à Alais, entré le 4 mars 1884. Rien du côté de l'hérédité : mère, bonne santé ; père, mort à cinquante-cinq ans ; dix frères ou sœurs bien portants. Petite vérole en 1870. Rougeole en août 1883. Le 4 ou 5 septembre, il ressent de la gêne dans la main droite et de la douleur au poignet, quand il s'appuie sur elle. Après un mois et demi de repos, il reprend son travail; la main s'enfle, dit-il, de plus en plus, tous les jours, et devient énorme après cinq ou six heures de travail. Au commencement de novembre, il vient à Montpellier, où M. Tédenat ordonne des badigeonnages à la teinture d'iode, et engage le malade à entrer à l'hôpital.

5 mars. — Gonflement et empâtement du dos de la main ; fausse fluctuation au niveau de l'articulation. Les doigts ont leur volume normal. Avant-bras indemne. Ganglions axillaires sains. Pointes de feu à la face dorsale. Pus. Appareil plâtré avec ouverture à la face dorsale, permettant des applications d'iodoforme et pansement phéniqué. Deux mois après, l'état, amélioré un moment, devient plus mauvais. Trois ulcérations se produisent. Des incisions donnent issue à une assez grande quantité de pus. Le malade a des accès fébriles, maigrit. Expiration rude des deux côtés, craquements douteux à droite. Malgré des lavages phéniqués, etc., l'état local ne s'améliore pas. L'amputation est jugée nécessaire.

19. — Chloroforme. Amputation de l'avant-bras. Incision circulaire à 6 centimètres au-dessus de l'articulation du poignet. Deux incisions latérales. Hémorrhagie en nappe. Drain sortant par les angles de la plaie. Dix points de suture au catgut, dont deux pour chaque incision latérale. Pansement ouato-phéniqué. Le soir, 36°7.

20. — T. 37°3, 37°5. Hier soir, le malade a eu beaucoup de peine à se réchauffer. Pas de douleur.

21. — 37°, 37°5. Pas de douleur, pas d'odeur au pansement. Pulvérisation phéniquée.

22. — 37°2, 37°5. On refait le pansement. Presque pas de pus. Le drain contient une sorte de matière gélatineuse. Plaie, bon aspect. La réunion paraît se faire. Injection phéniquée. Lavages. Pansement.

25. — Ni tuméfaction, ni inflammation. Pas la moindre fièvre. La réunion se fait d'une façon complète. Pas de pus. Drain enlevé. Iodoforme. Pansement. État général plus satisfaisant qu'avant l'opération.

29. — Excellent appétit. Le malade se trouve bien et s'engraisse.

1er juin.— Pansement presque absolument sec. La pression, à 3 centimètres de la ligne d'adhésion, ne détermine pas de douleur. Réunion parfaite. Les points où était le drain sont comblés par la cicatrice. On enlève les fils de suture, qui ont été très-bien tolérés, n'ont point déterminé de suppuration, mais sont intacts.

19. — On enlève un fil de catgut oublié : il n'a subi aucune résorp-

tion. Cautérisation au nitrate d'argent des bourgeons charnus des angles de la plaie.

Le malade quitte l'hôpital le 28 juin. Son état général s'est beaucoup amélioré depuis l'amputation. Il a réparé son amaigrissement. Expiration rude et prolongée aux deux sommets.

### Observation XXVIII

Ostéo-sarcome du pied. — Ablation. — Phlegmon des gaînes. — Pyohémie. — Amputation de la jambe. — Réunion immédiate. — Mort.

Le 9 février 1884, Sch..., maréchal des logis chef, évacué de l'hôpital de Castres, entre à Saint-Eloi et est couché au n° 22 de la salle Saint-Gabriel. Il est âgé de trente-deux ans. Bonne santé générale et pas d'antécédents héréditaires. Il avait, il y a quelque temps, des habitudes alcooliques, mais les a perdues depuis trois ou quatre ans.

Le malade est porteur, au pied droit, d'une tumeur de forme ovalaire, mesurant environ 5 à 6 centimètres sur 4, et située particulièrement sur la face dorsale du 4e métatarsien.

Le début de cette affection remonte à l'année 1879. C'était, à ce moment, une petite tumeur grosse comme un pois, douloureuse et siégeant à la face externe de l'extrémité antérieure du 5e métatarsien. Traitée par des caustiques, elle récidiva peu de temps après, et, en 1881, on recourut, à l'hôpital de Perpignan, à une nouvelle application. Enfin, dans l'année 1882, après deux applications de potasse faites à l'hôpital de Castres, et aussi infructueuses que les cautérisations précédentes, on pratique, au mois d'octobre, l'amputation des trois quarts antérieurs du 5e métatarsien, opération qui fut suivie d'une guérison rapide. La récidive n'a pas tardé, néanmoins, à se reproduire. Actuellement, la tumeur est molle et présente en certains points de la fausse fluctuation. Douloureuse spontanément, et surtout à la pression, elle n'est pas mobile profondément et la peau est atteinte. Il n'y a pas d'adénite au pli de l'aine.

Le 13 février. — M. le professeur Dubrueil, après chloroformisation un peu difficile, applique la bande d'Esmarch et pratique l'extirpation. L'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, le quatrième métatarsien et le quatrième orteil, et enfin le troisième métatarsien, sont enlevés. La peau recouvrant la tumeur est sacrifiée, ainsi que celle de la face plantaire, qui paraissait aussi envahie.

Après l'enlèvement de la bande d'Esmarch, il se produit une hémorrhagie capillaire, qui est bientôt à peu près arrêtée.

Pansement phéniqué. Le soir la température est à 38°4.

14. — T. 38°, 38°.4 Peu dormi la nuit, un peu de céphalalgie, pas de douleur à la plaie. Léger suintement sanguin dans le pansement.

15. — T. 38°3, 38°7. Un peu de malaise et facies fatigué. N'est pas allé du corps depuis la veille de l'opération. Langue blanche. Plaie bon aspect. Lavages phéniqués. Pansement. Sulfate de magnésie, 40 grammes.

16. — T. 39°2, 39°. Nuit mauvaise. Douleurs. Pansement.

17. — T. 40°, 39°7. Vomissements hier. Diarrhée inconsciente dans la nuit. Insomnie, rêvasseries, délire. Plusieurs défaillances dans les vingt-quatre heures. La plaie semble prendre mauvais aspect et est le siége d'une inflammation qui ne paraît pas avoir envahi les articulations voisines. Lavages et pansements phéniqués.

Bismuth, 3 grammes. Potion de De Haen. Sulfate de quinine, 1 gramme, et extrait de quinquina, 0,05 centigrammes.

18. — T. 39°5, 39°6. État sensiblement le même. Même traitement.

19. — T. 38°6, 39° 3. La diarrhée persiste, mais les vomissements ont disparu. Toute la région du tarse est douloureuse et présente une rougeur qui s'étend jusqu'au cou-de-pied. Adénite au pli de l'aine. Protective sur la plaie et cataplasme sur les parties où siége la rougeur. Sulfate de quinine, 1 gramme.

20. — T. 38°6, 38°7. — La plaie a mauvais aspect. La région tarsienne est le siége d'une inflammation intense. La pression fait sortir du pus et des gaz fétides par les gaînes tendineuses ouvertes au niveau

de la plaie. Des incisions sont pratiquées au niveau du cou-de-pied, et deux drains placés, l'un dans la gaîne de l'extenseur propre du gros orteil, l'autre dans celle de l'extenseur commun. Lavages à l'eau phéniquée. La diarrhée continue, mais seulement dans la nuit, et toujours inconsciente. Teint jaune terreux. Les vomissements ont cessé. Supprimer le sulfate de quinine. Bismuth, 2 gr. Bouillon. Potion avec alcoolature d'aconit, 1 gr. Protective et cataplasmes.

21.— T. 38°3, 38°8. P. 100., dicrote. Toujours délire dans la nuit. Injection par les drains, qui sont ensuite enlevés. Pansement antiseptique. Ajouter à la potion d'hier 0,05 cent. de musc.

22. — T. 38°3, 39°5. P. 104. Délire toute la nuit. Pas de diarrhée. Plaie un peu meilleur aspect. Abcès contenant aussi des gaz, un peu en avant de malléole interne. Ouverture au bistouri sur une longueur de 3 centimètres environ. Drain. La rougeur remonte jusqu'à la base des malléoles. Protective et cataplasmes. Vin. Bouillon. Potion, avec chloral 1 gr. et laudanum 15 gouttes.

23. — T. 38°, 39°. P. 100. R. 36. Délire toute la nuit, malgré la potion; sclérotiques jaunâtres. Pouls dicrote. La plaie paraît en meilleur état. Le phlegmon qui a envahi les gaînes n'est pas remonté plus haut. Protective et pulvérisation phéniquée permanente. Potage. Vin vieux et sucré. Limonade vineuse. Continuer la potion.

24. — T. 38°4, 38°2. P. 100. R. 40. Moins de délire, nuit plus calme, mais frisson dans la nuit. Céphalalgie. Peau morte. Malaise, soif vive. Les ganglions inguinaux sont engorgés, la rougeur monte au-dessus des malléoles. Pouls dicrote. Plaie, même aspect. Vésicatoire autour du cou-de-pied. Protective et pulvérisation permanente. Continuer la potion avec 2 gr. de chloral. Léger frisson au moment où nous quittons le malade.

25. — T. 38° 38°5. P. 120. R. 24. Bien dormi la nuit, pas de délire. Nausées ce matin après le potage. Le vésicatoire a bien pris. La plaie n'a pas changé d'aspect. L'intensité de l'inflammation ne diminue point. Le doigt, explorant les limites de la plaie, peut être introduit sous la peau jusqu'au scaphoïde et sent toutes les articula-

tions tarso-métatarsiennes ouvertes; l'inflammation des gaînes s'est étendue aux articulations. Nouveau drain. Lavages. Pansement simple du vésicatoire et pulvérisation permanente. Potion avec extrait de quinquina et sirop d'écorces d'oranges amères.

26. — T. 38°2, 38°5. P. 104. R. 28. Violent frisson hier dans l'après-midi. Sommeil dans la nuit. Pas de délire. Douleurs au pied. Œdème à la jambe, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Incisions à la partie postérieure du premier métatarsien et à la base de la malléole interne. Drains et lavages. Même pansement. Bouillon. Sulfate quinine, 1 gr. 25. Extrait gommeux d'opium, 0,05 centigr.

27. — T. 37°7, 38°2. P. 92. R. 24. Le malade a eu hier du délire dans le jour et pas dans la nuit. Douleur vive dans les points où l'on a mis le vésicatoire. Pied fortement tuméfié. Œdème de la jambe semble un peu diminué. Pas de frisson. Diarrhée. Langue rouge, sale. Lavages. Même pansement. Potion avec un gramme de sulfate de quinine.

28. — T. 38°, 37°4. P. 92. R. 28. Pas de sommeil, la nuit, à cause de la douleur. Plaie mauvais aspect. La pression ni les lavages ne font presque plus sortir de pus par les drains. Œdème de la jambe diminué. Même pansement. Potion avec sulfate de quinine, 0,80, et extrait d'opium, 0,05 centigrammes.

M. Dubrueil songe à l'amputation, comme ressource ultime.

29. — T. 37°8, 39°. P. 92. R. 24. Pas de frisson. Une incision faite au-devant de la malléole interne laisse écouler du pus. Drain et lavages. L'inflammation ne diminue point. Le malade a une teinte subictérique, les yeux caves, et il est fortement amaigri. La plaie a mauvais aspect; les bourgeons sont lisses, luisants, jaunâtres. On proposera demain l'amputation. Sulfate de quinine, 0,70 centigrammes.

1er mars. — T. 38°, 37°. P. 100. R. 24. — M. Tédenat prend le service.

La douleur a empêché le sommeil. Le malade a eu encore un frisson dans la nuit: c'est le quatrième. Il a les traits plus tirés qu'hier, la

teinte ictérique plus prononcée; la face est terreuse, les sclérotiques jaunes. La plaie est pâle, blafarde et présente une tendance au sphacèle superficiel. L'amputation, proposée et acceptée, est pratiquée aussitôt. Injection avec 1 centigramme de morphine, chloroforme et bande d'Esmarch. Amputation de la jambe au lieu d'élection. Incision circulaire. A la coupe des muscles, on voit qu'ils n'ont pas leur rougeur habituelle; ils sont pâles, blafards et démontrent bien l'existence avancée d'une maladie infectueuse.

Ligature des tibiales antérieure et postérieure et de la péronière. Très-légère hémorrhagie en nappe, vite arrêtée. Les bords de la manchette sont rapprochés de façon à donner une ligne de réunion dirigée sur le moignon d'avant en arrière. Gros drain et six points de suture. Pansement ouato-phéniqué. Tilleul chaud et sucré et rhum. Sulfate de quinine, 1 gr. 50. Potion avec chlorhydrate de morphine, 0,04.

Une dissection rapide de la partie amputée montre que toutes les articulations du pied étaient atteintes et que les os sont dépourvus de cartilages.

2. — T. 37°4, 38°7. P. 100. R. 20. Nuit bonne. Sommeil. Pas de douleur. La partie inférieure du pansement est un peu souillée par un suintement sanguin venu de la plaie. Limonade citrique. Continuer le sulfate de quinine et la potion de Todd. Le moignon est maintenu dans une position un peu élevée, au moyen de coussins.

3. — T. 38°, 38°. P. 96. R. 28. Légères douleurs. Pas de nausées, pas de frisson. Le pansement est enlevé. Le moignon est en très-bon état, légèrement rouge, non tuméfié. La réunion semble vouloir se faire. Lavages avec solution phéniquée à 5 °/₀. Deux ou trois caillots de sang couleur rouille sortent par le drain. Pansement remontant au-dessus du genou, avec une grande quantité de coton. Continuer le sulfate de quinine et la potion de Todd. L'aspect général du malade s'est beaucoup amélioré.

4. — T. 37°5, 38°3. Se trouve très-bien. Facies bon, teinte ictérique presque complétement disparue. Le malade rit et plaisante.

5. — T. 37°4, 38°. Sulfate de quinine, 60 centig., et élixir de Garus, 60 gr.

6. — T. 37°, 37°7.

7. — 37°, 37°5. Pansement refait. Drain enlevé. Réunion immédiate partout, sauf dans le trajet du drain, dont les extrémités présentent une coloration de bonne nature. On y met un peu de poudre d'iodoforme.

8. — T. 37°2, 37°6. Un peu de diarrhée quand il a mangé. Langue et facies bons. Excellent appétit. Douleurs très-légères dans la nuit. Elixir de Garus, 20 gr.; laudanum, X gouttes; eau, 60 gr.

9. — T. 37°2, 38°. Va très-bien. Encore un peu de diarrhée hier.

10. — T. 40°2, 39°4. Frisson hier soir. Transpiration abondante dans l'après-midi d'hier. N'est pas allé à la selle depuis hier matin. Cependant le malade, à la visite, ne se trouve pas mal, et le facies est à peu près le même que les jours précédents. Le pansement est changé. Il renferme une petite quantité de sérosité purulente sans odeur. La plaie a très-bon aspect. Ni induration, ni rougeur, ni inflammation. Les fils de ligature se détachent. Les fils de suture sont enlevés. La réunion est faite parfaitement. Iodoforme projeté dans le trajet du drain, qui est à peu près complétement cicatrisé. Chartreuse, 60 gr. Sulfate de quinine, 1 gramme.

11. — T. 38°4, 39°8. P. 120. Frisson hier dans l'après-midi. Malade très-abattu. Nausées. Transpiration continuelle. Huile de ricin, 20 gr. Chartreuse. Quinine.

12. — T. 39°6, 40°. P. 126. R. 36. Nuit très-mauvaise. Nausées incessantes et vomissements calmés par l'administration de la potion de Rivière. Pas de frisson. Yeux excavés, regard terne, teint subictérique semblable à celui qui existait avant l'amputation. Le pansement est refait. On ne trouve pas plus de 15 à 20 grammes de pus sans odeur. En un point seulement, la réunion a manqué et rien que superficiellement. Les bourgeons des points d'entrée et de sortie du drain, rouges au dernier pansement, sont devenus pâles. Le moignon n'est nullement douloureux. Il n'y a ni lymphangite, ni fusées purulentes, ni tuméfaction. L'appétit du malade a disparu. Ni céphalalgie, ni délire. Soif vive. Quand il tousse ou respire fort, ou bien à la pression, il

éprouve depuis trois ou quatre jours de la douleur au niveau du foie, un peu à droite de la ligne médiane. Sulfate de quinine, 1 gramme. Vin de quinquina. Chartreuse. Même pansement.

13. — T. 39°6, 40°2. P. 128. R. 40. On a fait hier trois injections hypodermiques de la solution suivante: Glycérine, 20 gr. Iode métalloïdique, 0,60. Iodure de potassium, 2 gr. Nouvelle injection ce matin. Pas de frisson. Douleur au niveau du foie est restée la même. Efforts considérables pour cracher, n'amenant que quelques mucosités présentant des stries sanguinolentes. Pas de nausées; yeux caves, joues creuses, facies terreux, abattement profond, voix rauque.

13. — T. 39°4, 39°9. P. 132. R. 48. Sommeil presque toute la nuit. Trois injections de teinture d'iode hier. Voix rauque. Efforts pour cracher. Il semble au malade qu'il lui est impossible d'avaler de l'air. Pouls petit. Oppression considérable. Une selle non diarrhéique dans la nuit. L'auscultation de la poitrine ne révèle rien. La plaie est dans le même état. Il n'y a dans le pansement qu'une quantité insignifiante de pus, qui, recueilli par M. Tayon dans un tube de Pasteur, est mis en culture sans succès.

15. — T. 39°4, 39. P. 160. R. 52. Potion de Rivière a été administrée hier. Quatre injections de teinture d'iode. Teint jaune. Yeux de plus en plus excavés. Congestion veineuse des paupières inférieures. Dilatation des veines du grand angle de l'œil. Pas de céphalalgie. Oppression extrême. Voix rauque, presque éteinte. Selles non diarrhéiques.

16. — T. 40°4. P. 160. R. 48. Facies très-amaigri, joues creuses, yeux enfoncés dans les orbites. Bouche entr'ouverte. Délire hier soir, toute la nuit et ce matin. Diarrhée inconsciente. Voix complétement éteinte. Dyspnée extrême. Mort.

*Autopsie.* — La réunion est faite même dans les parties profondes. Pas de décollements, pas de fusées purulentes. Les deux poumons présentent de la congestion à la base, avec quelques infarctus situés particulièrement dans le centre. Nous y trouvons un très-grand nombre d'abcès métastatiques, tous miliaires, situés dans le poumon gauche; tandis que, dans le droit, quelques-uns sont plus volumineux, gros comme une petite noix, caséeux, renfermant du pus.

Rien de particulier au cœur. Infarctus dans la rate. Le foie est l'organe le plus atteint. Son poids est de 3,050 grammes; et, tandis que le lobe gauche est de volume normal, le lobe droit présente des dimensions très-considérables. Il mesure, du bord supérieur au bord inférieur, 257 millimètres, et 110 millimètres dans sa plus grande épaisseur. Le diamètre transversal de tout le foie est de 280 millimètres, dont 190 pour le lobe droit. Sur la face supérieure, on aperçoit de quinze à dix-huit abcès, tous situés dans le lobe droit et dans le tiers supérieur; trois d'entre eux ont des dimensions variant d'une pièce de 10 centimes à une pièce de 5 francs.

Plusieurs coupes pratiquées en divers points montrent que le foie est criblé d'abcès dans sa profondeur. Sur la surface de chaque coupe, nous en comptons de dix à quinze environ, à limites irrégulières et dentelées, plus ou moins volumineux et remplis d'une matière caséeuse ou purulente. Il en est du volume d'une grosse noix. Des fragments de foie avaient été mis de côté pour l'examen histologique; malheureusement ils ont été égarés.

Des coupes des reins ont été faites par notre collègue et ami le docteur L. Estor. Voici le résultat de l'examen pratiqué par M. le professeur agrégé Carrieu, à qui nous adressons tous nos remerciements : « Sur des coupes intéressant la substance corticale, la lésion porte sur les éléments glandulaires et sur le tissu interstitiel. Le glomérule est très-vasculaire, injecté, avec de nombreux globules blancs et des hématies extravasées; les capsules sont habituellement augmentées de volume; le tissu conjonctif ambiant est épaissi; les vaisseaux sont volumineux, leurs parois paraissent saines; cependant quelques-unes semblent atteintes de dégénérescence graisseuse. Les tubes contournés sont volumineux, remplis par des éléments épithéliaux très-granuleux, obstruant toute la lumière. On y rencontre d'assez nombreuses granulations graisseuses libres. Les cellules épithéliales ont assez mal pris le picrocarmin. Les interstices conjonctifs séparant les divers tubes sont plus accusés qu'à l'état normal; on y rencontre des vaisseaux dilatés, avec des globules rouges et blancs extravasés en assez grande

quantité. Nulle part cependant les leucocytes ou les hématies ne sont réunis en foyer pour former de petits abcès ou de petites hémorrhagies. Les anses de Henle ont pris plus énergiquement la matière colorante; enfin les cellules sont plus distinctes et paraissent moins altérées.

» Dans la substance médullaire, on retrouve des tubes collecteurs avec leur aspect normal; quelques-uns cependant sont en voie d'élimination catarrhale. Le tissu conjonctif interstitiel est augmenté de volume, plus abondant qu'à l'état normal; on y trouve infiltrés de nombreux noyaux et des éléments leucocytiques, qui prennent énergiquement le carmin.

» En résumé, il y a légère néphrite interstitielle, qui paraît plus prononcée dans la substance médullaire que dans la substance corticale, et une dégénérescence graisseuse des tubes glandulaires et des glomérules. »

**Observation XXIX** (communiquée par M. Tédenat)

Arthrite fongueuse du genou. — Fistules. — Carie. — Amputation de la cuisse au tiers inférieur.— Réunion immédiate.

Pierre L..., âgé de dix-neuf ans, demeurant à Montpellier. Lymphatique, constitution moyenne. N'a eu d'autre maladie que l'affection actuelle qui succéda, il y a cinq ans, à une violente contusion du genou droit. L'articulation n'a jamais été immobilisée; le traitement a consisté en frictions iodiques et vésicatoires. Le docteur Bloc, consulté au mois de mars 1882, conseilla l'amputation. Depuis lors, le mal s'est aggravé: genou énorme avec trois trajets fistuleux pénétrant dans l'articulation remplie de fongosités. Carie profonde de l'extrémité inférieure du fémur. Subluxation postéro-externe de la jambe fléchie. Malade amaigri, sans appétit; douleurs vives, fièvre le soir, diarrhée fréquente.

Le 5 mai, assisté par les docteurs Bloc, Balestrié, et MM. Vergès et Maquet, étudiants en médecine, je pratique l'amputation au tiers

inférieur. Bande d'Esmarch ; lambeaux, antérieur long, postérieur plus court. Ligature des petites artères avec le catgut, de la fémorale avec la soie de Czerny. Les lambeaux sont réunis par quatre points de suture profonde à plaque en plomb et dix points de suture superficielle, tous au catgut phéniqué. Drain gros et court en dedans et en dehors, au niveau de la base des lambeaux. Pansement phéniqué et large attelle postérieure en carton, pour bien soutenir le moignon.

6 mai. — État général bon. Pas de douleur. T. 37°4, 38°2.

7. — T. 37°1, 38°.

8. — Pansement changé, pas de pus; la réunion paraît se faire. Même pansement.

11. — Douleurs dans le pied absent. Bon appétit. La température maxima n'atteint plus 38°. Pouls calme. Drains enlevés. Réunion paraît faite sans pus.

18 — Les douleurs dans le pied ont cessé. État général excellent. Réunion complète, sans turgescence du moignon ; ligne de suture à peine rouge. Points profonds enlevés.

19. — Points superficiels enlevés. La réunion est complète, sauf dans le point où sort le fil de ligature de la fémorale, qui tombe le 3 juin.

### Observation XXX

Ecrasement de la jambe. — Amputation de la cuisse. — Réunion immédiate. — Mort subite.

Le 14 mars 1884, on porte à l'hôpital Benoit J..., âgé de quarante-neuf ans, chef de train, qui est couché au n° 45 de la salle Saint-Éloi. Constitution bonne. Complexion forte. Toujours excellente santé. Pas d'antécédents héréditaires.

Pendant une manœuvre de train, il fait une chute de wagon et tombe la jambe droite sur la voie et le corps en dehors. Une roue de wagon passe sur sa jambe, qu'il peut retirer avant que la deuxième roue arrive. Il y a eu broyement des os, déchirures en tout sens des par-

ties molles, et hémorrhagie arrêtée par ligature du membre au-dessous du genou.

15 mars. — Chloroforme. Bande d'Esmarch. Amputation de la jambe à la partie supérieure. Mais on s'aperçoit que des décollements considérables et des épanchements sanguins intermusculaires remontent encore plus haut, et on pratique immédiatement l'amputation de la cuisse. Incision circulaire. Il est fait une seule ligature, aucune autre artère que la fémorale ne donnant du sang. Ici encore les parties ont été maltraitées par le traumatisme ; il existe encore quelques décollements. La plaie est réunie de façon à donner une ligne d'adhésion transversale, par sept points de suture avec la soie phéniquée. Drain. Une planchette habillée de coton est placée à la face inférieure du moignon, qu'elle dépasse. Pansement ouato-phéniqué. On prescrit une potion avec laudanum, XII gouttes ; sirop d'éther, 40 grammes. Potion, 100 gr.

Le soir, le malade se refroidit au-dessous de 37°. Collapsus imminent. Potion avec : acétate d'ammoniaque, 8 gr. ; rhum, 20 gr. ; sirop d'éther, 30 gr. Potion, 120 gr.

16. — T. 38°, 39°3. Le malade paraît abattu. Ne souffre pas. Pulvérisation sur le pansement.

17. — T. 38°3, 39°8. P. 110. Se trouve bien. Douleurs insignifiantes au moignon. Pas de frissons. Continuer la potion avec acétate d'ammoniaque, et donner une potion avec 2 cent. de morphine le soir.

18. — T. 38°5, 39°7. P. 120. Peu de sommeil. Douleur légère au moignon. Pas de frisson. Sueur toute la nuit. Pas de selle depuis l'opération. Rêvasseries la nuit, ayant pour sujet son service. Prend son bouillon avec plaisir. Le pansement est enlevé. La plaie n'a pas saigné, elle est en très-bon état. Pas de douleur à la pression, pas de tuméfaction. Les bourgeons, qu'on aperçoit aux points d'entrée et de sortie du drain, ont un très-bel aspect. Nombreuses gouttes huileuses dans la sérosité qui se trouve dans le pansement. La réunion se fait. Pansement ouato-phéniqué.

Le soir, à 11 heures et demie, le malade meurt subitement. M. Té-

denat pense que la mort doit être attribuée à des embolies graisseuses ; il se base sur l'abondance des matières grasses contenues dans l'urine.

### Observation XXXI

Fracture du tibia. — Nivellement sous-périosté des fragments supérieurs. — Réunion immédiate.

Saint-Éloi, 6.— F..., domicilié à Montpellier, trente-cinq ans, homme de peine. Constitution bonne.

Entre, le 25 février 1884, dans le service de M. le professeur Dubrueil, pour une fracture compliquée de la jambe, arrivée dans la nuit. Plaie siégeant à la partie antérieure du tibia, à l'union des deux tiers inférieurs, communiquant avec le foyer de la fracture et donnant lieu à une légère hémorrhagie. Le fragment supérieur, terminé en pointe aiguë, fait fortement saillie. Réduction et gouttière plâtrée postérieure, avec étrier. La plaie est recouverte de taffetas collodionné et d'un pansement antiseptique. Des bandes de diachylon fixent la gouttière et servent à repousser en arrière le fragment saillant du tibia.

Le 1er mars, M. Tédenat prend le service et constate, dans les jours qui suivent, une adénite au pli de l'aine et une lymphangite récurrente. Un pinceau trempé dans la solution d'acide phénique et d'alcool, parties égales, est passé sur les points atteints. En même temps, sous l'influence de la pression exercée pour maintenir en place le fragment du tibia, il se produit une mortification des téguments. Toute pression, dès lors, doit être abandonnée, et la saillie du fragment se produit de nouveau. Toutefois l'état local s'améliore, et, en mai, la consolidation de la fracture semble terminée, l'articulation tibio-tarsienne est normale ; mais le fragment du tibia est saillant, et la peau qui le recouvre se sphacélerait certainement si le malade restait debout.

8 mai. — Chloroforme. Lavages avec éther et acide phénique. Bande d'Esmarch. Incision verticale de 8 centimètres environ sur

la partie saillante. Incision du périoste, qui paraît un peu épaissi et se laisse décoller facilement. La surface de l'os est rouge. La pointe saillante est située au-dessous du plan de fracture, de sorte qu'on peut introduire le petit doigt entre la face postérieure de cette pointe et la face antérieure du fragment inférieur.

Résection à l'aide de la gouge et du maillet, et des cisailles. Réunion du périoste et de la peau par quatre points de suture. Bout de drain de 1 à 2 centimètres à l'extrémité inférieure. Compression énergique avec le pansement ouato-phéniqué, et alors seulement on enlève la bande d'Esmarch.

9. — T. 37°8, 40°. Pas d'odeur, pas de tache au pansement.

10. — T. 38°7, 39°7. Léger suintement sanguinolent. Les lèvres de la plaie sont accolées, non tuméfiées. Adénite inguinale. Nouvelle poussée de lymphangite, qui semble avoir surtout pour cause quelques excoriations que l'on remarque sur la face dorsale du pied. Pas de selle depuis l'opération. Injection par le drain. Iodoforme. Pansement. Sulfate de soude, 40 gr. Pinceau trempé dans solution acide phénique et alcool est passé sur les points atteints par la lymphangite et sur les ganglions.

11. — 38°, 38°. Pulvérisation.

12. — T. 37°5, 39°. Nouvelle plaque de lymphangite à la partie inférieure et extérieure de la cuisse. Pinceau acide phénique.

13. — T. 38°, 38°4.

14. — T. 37°5, 38°. Sphacèle du deuxième point supérieur. Les autres tiennent bien. Un peu de tuméfaction des lèvres de la plaie. Les fils sont enlevés. La réunion est complète dans les parties profondes. Lavages phéniqués. Pas de douleur. Lymphangite, même état. Poudre d'iodoforme et pansement phéniqué.

19. — Le pansement est enlevé. La réunion du périoste avec l'os s'est très-bien faite. Les lèvres de la plaie sont cicatrisées sur toute leur étendue.

Le 26, le malade se plaint d'une traînée de ganglions engorgés, du côté gauche du cou, allant du tragus à l'acromion, dont il a remarqué

l'existence depuis quatre ou cinq jours. Douleurs intermittentes. Injection avec une seringue de Pravaz, d'une solution phéniquée à 5 %.

Le 30, la région rétromaxillaire droite est prise.

Le 20 juin, la tuméfaction a beaucoup augmenté et on trouve du pus autour des ganglions.

Incisions multiples le 1er et le 3 juillet, et le malade quitte l'hôpital quelques jours après, ayant encore un engorgement considérable des ganglions rétromaxillaires et cervicaux.

### Observation XXXII

Tumeur de la région postérieure de la cuisse. — Ablation. — Pansement ouvert (fibrochondrome développé autour du nerf sciatique).

Marie S...., couturière, salle Notre-Dame, 26. Bonne constitution; complexion forte, quatorze ans.

S'est aperçue, il y a deux ans, de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf à la région postérieure de la cuisse gauche. La tumeur, indolore, irréductible, reste un an et demi sans gêner la malade. Il y a six mois, la station assise est devenue fatigante, et le redressement de la cuisse, difficile, lorsqu'elle est restée fléchie un certain temps. Le volume a beaucoup augmenté en même temps, mais la marche n'est point gênée.

Actuellement la tumeur, d'un volume considérable, à grand diamètre vertical, est unie, de consistance solide, mais variable, suivant les points. Prolongements arrondis du côté de la courte portion du biceps, du creux poplité, etc. Elle est séparée de la peau par une couche musculaire. La peau a sa coloration et sa mobilité ordinaires.

5 mai 1884. — Injection de morphine. Chloroforme. Sommeil facile. Incision verticale. Peau et tissu cellulaire écartés; biceps séparé du demi-tendineux et maintenu par un aide. Le nerf sciatique traverse la tumeur et paraît sain.

La gaîne du nerf semble avoir servi de point de départ à la tumeur.

Le nerf est respecté par l'opération, rendue très-laborieuse et qui dure une heure et demie. La tumeur envoie des prolongements très-haut; elle est enlevée par morceaux; elle est dure, fibreuse, crie sous le couteau, adhère fortement à la courte portion du biceps et pèse environ 500 gr. Peu d'hémorrhagie; on ne peut lier qu'une ou deux petites artérioles; les perforantes ne sont pas trouvées. La plaie, très-considérable, est profonde et occupe presque toute la longueur de la cuisse. Tampons de coton boriqué dans la plaie. Pansement ouato-phéniqué. Par crainte d'hémorrhagie, il n'est pas fait de réunion.

Choc traumatique violent. Le malade passe le reste de la journée à crier et à vomir. Pouls petit et fréquent. Potion avec morphine.

6. — État général meilleur; le pouls se relève.

8. — Sommeil. Léger suintement sanguin dans le pansement. Drain dans la profondeur de la plaie. Iodoforme en couche très-légère. Vomissements.

10. — Les vomissements ont cessé. Pulvérisation phéniquée sur le pansement, sans odeur.

12. — Plaie, bon état. Lavages. Vin de quinquina. Bouillon. Côtelette. La cicatrisation se continue lentement, sans accidents.

Le 1er juillet, les muscles sont rapprochés; la plaie a encore 15 à 16 centim. dans le sens vertical et 6 à 8 dans le sens transversal. La sensibilité est conservée dans la jambe et le pied.

**Observation XXXIII** (recueillie par M. Maqué)

Plaie pénétrante du coude. — Fusées purulentes. — Amputation du bras à la partie moyenne. — Guérison par réunion immédiate.

Pierre M..., âgé de soixante-quinze ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 9 juillet 1881, dans le service de M. Tédenat.

Le malade radote et ne peut donner aucun renseignement. On nous apprend que, quinze jours avant, il a eu le coude droit pris entre un mur et le moyeu d'une roue de charrette. Pansements mal faits;

quelques jours après, suppuration abondante. Fièvre intense. A son entrée, toute la peau de la région postérieure du coude est sphacélée, l'articulation ouverte et remplie de pus ; fusées purulentes remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation en arrière. État général mauvais. Pouls petit, à 100-120. Temp. 39°8. Langue sèche. Diarrhée.

10. — Précautions antiseptiques. Bande d'Esmarch. Amputation du bras un peu au-dessus de la partie moyenne, sans anesthésie (celle-ci paraît contre-indiquée par une bronchite chronique et des irrégularités du cœur).

Méthode circulaire. Trois ligatures au catgut. Huit sutures au catgut. Drain. Pansement de Lister compressif.

20. — Réunion immédiate, sans pus. Le soir du jour de l'amputation, la température était de 38°, et tout état fébrile cessa dès ce jour. La santé générale s'améliora rapidement, et, le 20 juillet, l'état général était très-satisfaisant. Le malade quitta l'hôpital le 25, complétement guéri.

La réunion immédiate a été obtenue par M. Tédenat, dans toutes les amputations des membres qu'il a pratiquées à l'hôpital Saint-Eloi. Il n'y a d'exception que pour le malade de l'Observ. XXX, qui mourut subitement le quatrième jour, comme cela arrive si souvent après les graves traumatismes. La plaie était en très-bon état quelques heures avant la mort, et la santé générale du malade semblait permettre d'espérer la guérison avec réunion immédiate.

Nous désirons attirer l'attention sur le malade de l'Observ. XXVIII M. Dubrueil pratique, le 13 février, une amputation partielle du pied. Le 17, symptômes de septico-pyohémie ; du 17 au 29 février, fusées purulentes, six frissons violents, fièvre, délire, diarrhée, ictère. MM. Dubrueil et Tédenat décident de pratiquer l'amputation, que le malade accepte. Le 1er mars, à six heures du matin, septième frisson violent, après lequel M. Tédenat n'amputerait pas, n'étaient les vives instances du malade. L'amputation est pratiquée malgré la septico-pyohémie,

la réunion immédiate est complète. Jusqu'au dixième jour, l'état du malade est bon ; le dixième jour, frisson. La douleur vive que le malade avait éprouvée dans l'hypochondre droit, pendant les huit ou dix jours qui précèdent l'amputation, et qui avait complétement disparu après l'amputation, revient après le frisson et persiste jusqu'à la mort.

Le liquide qui coulait par le drain, examiné à plusieurs reprises (après l'amputation), ne contient jamais ni micrococcus, ni bactéries. Il donna des cultures stériles et ne produisit aucun accident fébrile ou inflammatoire aux animaux (cobayes par M. Tayon, rats par M. Tédenat) auxquels il fut inoculé. Il en fut de même du sang recueilli par piqûre au-dessus du moignon.

Les mêmes recherches furent pratiquées après le frisson du 10 mars et donnèrent les mêmes résultats.

Dans plusieurs cas, la réunion immédiate a été obtenue, malgré l'état de contusion des tissus (points hémorrhagiques, arrachements musculaires...). Enfin, dans plusieurs cas de plaies pénétrantes des articulations (Obs. XXIII, XXV), la réunion immédiate a certainement mis les malades à l'abri des accidents fébriles graves et des suppurations diffuses, si communs en pareil cas. Elle a permis aussi d'éviter l'ankylose.

Nous croyons donc que, dans l'amputation des membres, on doit, en règle générale, tenter la réunion immédiate. Le pansement antiseptique, des sutures méthodiquement disposées (superficielles et profondes), l'immobilisation du moignon, assureront habituellement le succès.

## CONCLUSIONS

1° La réunion immédiate est le mode de traitement des plaies le plus favorable.

2° Avec les précautions antiseptiques et le drainage préventif, elle est très-facile, échoue rarement, et son insuccès est exempt de dangers sérieux.

3° Lorsque l'état local remplit les conditions que nous lui avons demandées, on doit toujours tenter la réunion immédiate, sauf chez le diabétique ou le cachectique avancé.

4° Le milieu ambiant ne saurait fournir de contre-indications.

Vu :
*Le Président censeur,*
JAUMES.

Vu et bon à imprimer :
*Le Doyen,*
J. BENOIT.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie,*
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

# QUESTIONS DE THÈSE

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842)

---

*Chimie médicale et Pharmacie*

Les matières albuminoïdes solubles dans l'eau. Dosage de l'albumine dans l'urine.

*Physique médicale*

Détermination de la température moyenne d'un lieu.

*Botanique et Histoire naturelle médicale*

De la Feuille.

*Anatomie*

De la Circulation hépatique.

*Anatomie pathologique et Histologie.*

De la Gangrène au point de vue de l'anatomie pathologique.

*Physiologie*

Propriétés des diverses salives.

*Pathologie médicale ou interne*

Diagnostic différentiel de la tuberculose et du scrofulisme.

*Pathologie chirurgicale ou externe*

De la Hernie ombilicale.

*Thérapeutique et Matière médicale*

De l'Absorption cutanée au point de vue thérapeutique.

*Opérations et Appareils*

Des Pansements antiseptiques.

*Médecine légale et Toxicologie*

De l'Infanticide.

*Hygiène*

De l'Endurcissement au froid.

*Accouchements*

De l'Avortement.

*Clinique interne*

De la Péritonite chronique.

*Clinique externe*

Des Diverses Espèces de goître.

*Clinique des maladies mentales et nerveuses*

Du Délire intellectuel.

*Titre de la Thèse à soutenir*

De la Réunion immédiate.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pàs ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!*